Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 230 del 2 ottobre 2000 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Lunedì, 2 ottobre 2000** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

N. 165/L

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. **270**.

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. **271**.

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. **272**.

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta.

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. **270.**

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto l'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante norme per la disciplina del rapporto fra il Servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale, da instaurarsi attraverso apposita convenzione di durata triennale conforme all'accordo collettivo nazionale stipulato con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Visto l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, che individua la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardante il personale sanitario a rapporto convenzionale;

Visto il provvedimento n. 706 del 18 giugno 1999, della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di nomina della delegazione di parte pubblica;

Visto l'articolo 17, comma 1, lettera *d)*, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, così come modificata e integrata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati;

Preso atto che è stato stipulato, in data 9 marzo 2000, un accordo collettivo nazionale regolante il trattamento normativo ed economico dei medici di medicina generale, sottoscritto in pari data dalla delegazione di parte pubblica e dai sindacati F.I.M.M.G., S.N.A.M.I. e intesa sindacale S.U.M.A.I. - S.I.M.E.T. - C.I.S.L. Medici/C.O.S.I.M.E.;

Visto il parere n. 106/1991 del 12 settembre 1991 con il quale il Consiglio di Stato, in adunanza generale, ha precisato che gli accordi collettivi nazionali per il personale sanitario a rapporto convenzionale sono resi esecutivi su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 4 maggio 2000;

Considerato che i rilievi espressi dal Consiglio di Stato appaiono superabili, anche alla luce dei provvedimenti di attuazione della delega di cui all'articolo 10, comma 1, secondo periodo, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 luglio 2000;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro della sanità;

E M A N A

il seguente regolamento:

Art. 1.

1. È reso esecutivo l'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, stipulato il 9 marzo 2000, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 luglio 2000

CIAMPI

AMATO, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

VERONESI, *Ministro della sanità*

Visto, *il Guardasigilli:* FASSINO
Registrato alla Corte dei conti il 18 settembre 2000
Atti di Governo, registro n. 121, foglio n. 11

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE, AI SENSI DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO 502/92 COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N. 517/93 E N. 229/99.

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE, AI SENSI DELL'ART. 1 DELLA LEGGE N. 421/92 E DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502/92, COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N. 517/93 E N. 229/99, SOTTOSCRITTO IL 9 marzo 2000.

Dichiarazione Preliminare.

Il riordino del Servizio Sanitario nazionale, avviato dai decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 7 dicembre 1993, n. 517 e 29 giugno 1999, n. 229, comporta una riorganizzazione complessiva dell'area della medicina generale ed accentua il ruolo delle Regioni, delle Aziende e delle organizzazioni sindacali nelle loro diverse articolazioni territoriali per stimolare la crescita di una dinamica innovativa che migliori la qualità dell'assistenza e che contribuisca allo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso all'uso appropriato dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Il medico di medicina generale è parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva e opera a livello distrettuale per l'erogazione delle prestazioni demandategli dal Piano sanitario nazionale, come livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme a tutti i cittadini, nell'ambito dei principi e secondo le modalità scaturite dalla programmazione regionale, dal presente accordo e dagli accordi regionali da stipulare ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato.

La sua valorizzazione e il suo responsabile impegno costituiscono strumenti fondamentali da utilizzare per la realizzazione di obiettivi tesi a coniugare qualità e compatibilità economica.

Il presente accordo regola, oltre che l'assistenza di medicina generale in un contesto di continuità e globalità, anche aspetti relativi al coinvolgimento del medico nella organizzazione distrettuale ed alla sua partecipazione alle attività delle aziende, mirate ad una più appropriata definizione dell'intervento sanitario, sensibile alle sollecitazioni che provengono da ampi strati della popolazione coinvolti in problematiche che afferiscono ai diversi settori della pubblica amministrazione.

È quindi necessario uno strumento che abbia una doppia caratterizzazione nel senso che da una parte garantisca certezza di tutela sanitaria, dall'altra sia flessibile ed adattabile alle esigenze mutevoli della collettività.

In questo scenario in divenire l'accordo tenta di consolidare ulteriormente la struttura della medicina generale e di aprire nuove strade alla creatività organizzativa delle istituzioni e delle rappresentanze sociali che operano nell'area, affrancandole da uno schematismo convenzionale tradizionalmente rigido.

Da tale contesto è esaltato e sollecitato il ruolo innovativo delle Regioni, cui vengono affidati, attraverso la possibilità di promuovere e stipulare appositi accordi, ampi ed esclusivi spazi di contrattazione in merito a:
- forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni, quali l'associazionismo medico, i processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali, gli interventi specifici per la popolazione anziana al proprio domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività, l'assistenza sanitaria aggiuntiva e diversamente strutturata a tossicodipendenti, malati di AIDS, malati mentali. A queste possibilità si aggiungono quelle per le procedure di verifica della qualità dell'assistenza, per lo svolgimento dell'attività di ricerca epidemiologica, per la didattica, per l'acquisizione di dati sanitari, per l'attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale e presidi delle Aziende sanitarie anche attraverso il collegamento tra studi professionali e centri unificati di prenotazione;
- economicità della spesa. Nell'ambito dei principi ispiratori della più recente e fondamentale produzione giuridica in materia sanitaria, a partire dal riordino del Servizio Sanitario Nazionale, una particolare attenzione è dedicata alla previsione di modalità per concordare livelli di spesa programmati e per responsabilizzare il medico al loro rispetto. L'accordo segna il punto di passaggio da una sperimentazione lasciata alla spontaneità degli interessati alla indicazione di una serie di criteri-guida come principi di riferimento nella stipulazione delle intese.

L'accordo tende a superare la frammentazione della medicina generale in comparti categoriali separati da fonti normative diverse, unificando l'area e consentendo, di conseguenza, di disciplinarla in una visione unitaria, obiettivo necessitato anche dalla entrata in vigore dal 1 gennaio 1995 della nuova disciplina sull'accesso alla medicina generale esercitata nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per la quale è stato compiuto lo sforzo di superare l'attuale difficile fase di transizione da un libero sistema d'accesso ad un sistema nazionalizzato dai decreti legislativi n. 256/91 e n. 368/99 fondato su un processo formativo professionalmente specifico.

Nell'accordo ai principi ed istituti che riguardano la generalità dei medici di medicina generale si affiancano le parti dedicate alla medicina primaria da mettere a disposizione di tutti i cittadini, alla garanzia della assistenza continuativa nelle 24 ore giornaliere, ad una risposta professionale qualificata al verificarsi di una situazione di emergenza, alla predisposizione di uno strumento snello per eventuali attività di medicina generale da espletare nei servizi distrettuali ed, infine, agli ambiti rimessi alla contrattazione regionale.

È da sottolineare che viene ribadita ed ulteriormente disciplinata, nella parte relativa all'impegno nelle attività di emergenza sanitaria territoriale, la precedente disciplina già prevista all'interno del D.P.R. n. 484/96, prevedendo un sistema di programmazione aziendale dei corsi di formazione dei medici strettamente legato al fabbisogno dell'azienda stessa, in modo da creare risorse di personale qualificato effettivamente utilizzabili.

In questo senso l'accordo può, anche, costituire un utile strumento, per realizzare le "Linee guida per l'emergenza sanitaria territoriale", d'iniziativa del Ministro della Sanità, nella parte riguardante la rete territoriale di servizi per l'emergenza sanitaria.

L'esigenza di realizzare il monitoraggio delle iniziative e la loro valutazione, su tutto il territorio nazionale, è stata soddisfatta con la previsione di un "Osservatorio nazionale" presso il Ministero della Sanità nel quale tutti i soggetti coinvolti possano trovare, oltreché un riferimento chiarificatore di problematiche applicative, che saranno certamente presenti per la novità di tanti istituti, anche una sede ove possa svilupparsi il confronto tra i vari soggetti interessati e l'osservazione degli accordi regionali e dei loro risultati e promuovere e supportare con il coinvolgimento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l'avvio delle trattative e la relativa conclusione degli Accordi regionali.

L'Accordo, inoltre, attua i principi affermati sotto vari profili dal Decreto Legislativo n. 229/99 che prevede specifiche norme per:

a) riaffermare la globalità dell'intervento sul territorio a livello distrettuale, attraverso la predisposizione da parte delle Aziende del "Programma delle attività distrettuali" e l'inserimento nello stesso di tutte le attività concernenti la medicina generale;
b) la partecipazione in via sperimentale fino a che le Regioni non avranno approvato le nuove leggi di organizzazione delle Aziende sulla base dei principi del Decreto Legislativo 229/99, alle équipes territoriali multidisciplinari per valutazioni multidimensionali delle necessità assistenziali e la selezione del trattamento più idoneo;
c) il coinvolgimento del medico di medicina generale nelle problematiche distrettuali concernenti la sua partecipazione attiva al monitoraggio delle relative attività e alla osservazione degli aspetti gestionali relativi all'uso delle risorse assegnate al distretto;
d) lo sviluppo della funzione di verifica dell'appropriatezza nell'uso delle risorse assegnate al distretto e la regolamentazione dell'intervento nei casi di inosservanza delle indicazioni della Commissione Unica del Farmaco;
e) la disciplina della libera professione prevedendo i casi in cui essa è consentita, le sue limitazioni ed i connessi obblighi del medico.
f) la nuova disciplina della formazione professionale basata sulla previsione di crediti formativi obbligatori e degli effetti in caso di mancato conseguimento;
g) l'adeguamento della struttura del compenso alla previsione del decreto legislativo 229/99, prevedendo una quota fissa, per i compiti tradizionali del medico di medicina generale, una quota variabile, corrisposta come investimento per lo sviluppo della medicina territoriale, destinata a promuovere la pratica dell'associazionismo, l'uso del collaboratore ed infermiere di studio, l'informatizzazione dello studio professionale con obbligo di gestione della scheda sanitaria e stampa delle prescrizioni, ed una ulteriore quota variabile per lo svolgimento di attività ed erogazione di prestazioni finalizzate a realizzare compiutamente gli obiettivi della programmazione nazionale, regionale ed aziendale.

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N., demanda al medico convenzionato per la medicina generale compiti di medicina preventiva individuale e familiare, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.

A tal fine, al medico della medicina generale - che è parte attiva, qualificante e integrata del S.S.N., nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia - sono affidati in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di:

A. Assistenza primaria, anche nell'ambito familiare, con l'impostazione di un programma diagnostico e terapeutico ed eventualmente riabilitativo facendo ricorso a tutti i supporti che la tecnologia offre.

B. Assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività, che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero e di pazienti in fase terminale, coordinando l'assistenza domiciliare.

C. Continuità assistenziale, compresa l'emergenza sanitaria territoriale, onde garantire in maniera permanente la globalità dell'assistenza primaria. Tale continuità si realizza anche attraverso l'integrazione con gli altri servizi e presidi di

strettuali ed ospedalieri e con l'utilizzazione di sistemi informativi per la fornitura di dati necessari per il buon andamento del servizio in termini di efficacia ed efficienza.

D. Educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, che ha come obiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria. Al medico di medicina generale possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale da espletare nel proprio ambulatorio ovvero secondo orari predeterminati anche nell'ambito dei servizi e presidi direttamente gestiti dalla Azienda.

E. Ricerca, sia in campo clinico che epidemiologico, e didattica, sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione.

Il medico di medicina generale partecipa alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni, alla individuazione e al perseguimento degli obiettivi del distretto e alla elaborazione di linee guida volte anche all'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

CAPO I

PRINCIPI GENERALI

CAPO I
PRINCIPI GENERALI

Art. 1 - Campo di applicazione.

1. La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra le Aziende unità sanitarie locali - di seguito denominate Aziende - ed i medici di medicina generale, per lo svolgimento dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

a) assistenza primaria di medicina generale;
b) continuità assistenziale;
c) attività territoriali programmate;

in un quadro normativo di responsabilizzazione del medico di medicina generale per la tutela della salute dei cittadini che lo hanno scelto.

Essa regola inoltre, secondo le disposizioni del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, le attività di:

a) medicina dei servizi;
b) emergenza sanitaria territoriale.

2. La presente convenzione nazionale definisce le attività assistenziali correlate ai livelli essenziali e uniformi di assistenza indicati dalla programmazione sanitaria nazionale e Regionale.

3. Individua, inoltre, gli ambiti di contrattazione rimessi alla trattativa regionale ed a quella aziendale.

4. Il rapporto di lavoro di cui al comma 1 può essere instaurato da parte delle Aziende solo con i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8.8.1991, n. 256 e del 17/8/1999 n. 368.

Art. 2 – Graduatoria regionale

1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dal presente accordo sono tratti da una graduatoria unica generale per titoli, predisposta annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione della graduatoria.

2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria di cui al precedente comma 1, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:
a) iscrizione all'albo professionale;
b) essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8.8.1991, n. 256 e del 17/8/1999 n. 368.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria annuale i medici devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'assessorato alla sanità della regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

4. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.

5. Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria o autocertificazione o dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

6. La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, predispone una graduatoria regionale da valere per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito, la residenza ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo del 8.8.1991, n. 256 e al Decreto Legislativo del 17/8/1999 n. 368.

8. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

9. La graduatoria regionale è approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla sanità.

Art. 3 - Titoli per la formazione delle graduatorie.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione delle graduatorie sono elencati qui di seguito con l'indicazione del punteggio attribuito a ciascuno di essi:

I - Titoli accademici e di studio:
a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode p. 1.00
b) diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 p. 0.50
c) diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104 p. 0.30
d) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni: **per ciascuna specializzazione o libera docenza** p. 2.00
e) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: **per ciascuna specializzazione o libera docenza** p. 0.50
f) attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99. p. 7.20

II - Titoli di servizio
a) Attività di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8. comma 1, del decreto legislativo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivop. 0.20
Il punteggio è elevato a 0.30 per l'attività nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento:
b) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c): per ciascun mese complessivo
p. 0.20
c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività p. 0.20
(Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore);
c1) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese di attività p. 0,20
c2) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi: per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore di attività p. 0,20
c3) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore p. 0.10
d) attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità. ai sensi del presente accordo:
per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività p. 0,05
e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo p. 0,20
f) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi. svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese p. 0,10
Tale punteggio è elevato a 0.20/mese se il servizio militare di leva è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico;
f1) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo, per ciascun mese p. 0,10
g) attività. anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: per ciascun mese complessivo p. 0,10
h) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese p. 0,05
i) astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della medicina generale (fino ad un massimo di mesi cinque) :
per ciascun mese p. 0.20
Tale punteggio è elevato a 0,30 al mese se l'astensione per gravidanza e puerperio è concomitante ad incarico di medicina generale a tempo indeterminato nella regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento.

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio le frazioni di mese superiori a 15 giorni anche non continuativi (pur con le limitazioni di cui al precedente comma 1, titoli di servizio, lettera b) sono valutate come mese intero. Relativamente al servizio di guardia medica e continuità assistenziale di cui al capo III, alla medicina dei servizi e alle attività programmate di cui al Capo IV del presente accordo, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un complesso di ore di attività superiore a 48.

3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.

4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, il voto di laurea, l'anzianità di laurea, e, infine, la minore età.

5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

6. Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati, secondo le procedure di cui al presente Accordo, nel corso dell'anno 2000, le Regioni, fatto salvo il disposto di cui all'art. 20, comma 4, lettera a), e dell'art. 49, comma 2, lettera a), riservano nel proprio ambito, sulla base di un accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale:
a - una percentuale variabile dal 60% al 80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del Decreto Legislativo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al decreto legislativo n. 368/99;
b - una percentuale variabile dal 40% al 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente, in corrispondenza alla percentuale di cui alla lettera a).

7. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.

8. Gli aspiranti alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione di cui al precedente comma 6, fatto salvo il disposto di cui al comma 7.

9. Ai fini del disposto del precedente comma 8, gli aspiranti alla assegnazione degli incarichi vacanti o degli ambiti territoriali carenti dichiarano, all'atto della relativa domanda, la riserva per la quale intendono concorrere.

10. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al precedente comma 6 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

Art. 4 - Incompatibilità.

1. Ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:
   a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, ad eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.1993, n. 296;
   b) eserciti attività che possano configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitino attività che possano configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;
   c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato o accreditato;
   d) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;
   e) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art.8, comma 1 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

2. È inoltre, incompatibile il medico che:
   a) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta;
   b) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
   c) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o che abbiano rapporti contrattuali con aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni; tale incompatibilità opera nei confronti dei medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;
   d) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 – quinquies del D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni;
   e) sia iscritto o frequenti il corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e al D.L.vo n. 368/99;
   f) sia iscritto o frequenti i corsi di specializzazione di cui ai decreti legislativi n. 257/91 e n. 368/99;
   g) fruisca di trattamento di quiescenza a qualsiasi titolo. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che sono in tale condizione alla data di pubblicazione del presente Accordo, di quelli previsti al comma 7 dell'art. 25, e di quelli che fruiscono del trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'ENPAM.

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D. Leg.vo n. 626/94, fermo quanto previsto dall'art. 25 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi, fatte salve le scelte già in essere.

4. Non è consentito ai medici convenzionati ai sensi del presente Accordo di detenere più di due rapporti convenzionali tra quelli da esso previsti

5. La sopravvenuta, contestata e accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente articolo comporta, sulla base delle procedure di cui al successivo articolo 16, la cessazione del rapporto convenzionale.

6. La Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi, i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilità, anche in corrispondenza della comunicazione del medico di cui all'art. 7, commi 1 e 2 del presente Accordo.

7. L'accertata situazione di incompatibilità deve essere contestata al medico titolare di incarico non oltre 30 giorni dal suo rilievo, ai sensi di quanto disposto dal successivo articolo 16.

8. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 2, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente o incarico vacante.

Art. 5 - Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale.

1. Il medico deve essere sospeso dagli incarichi della medicina generale:
   a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 16;
   b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art.9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
   c) per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
   d) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art.16 del

presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, che abbiano durata complessiva superiore a 30 giorni consecutivi;

e) in caso di emissione, da parte della Autorità Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della libertà personale, quali arresti domiciliari, custodia cautelare in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attività convenzionale o nel territorio dell'Azienda, che impediscano il corretto svolgimento dell'attività convenzionata di studio e domiciliare;

f) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale.

2. Il medico è sospeso dalle attività di medicina generale:
a) in caso di malattia o infortunio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
b) in corso di gravidanza e puerperio, per tutto il periodo di astensione obbligatoria previsto dalla legge;
c) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del medico di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi nel Distretto a tempo pieno, ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso.

3. Il medico di medicina generale ha diritto ad usufruire di sospensione parziale dell'attività convenzionale, con sua sostituzione part-time e per periodi anche superiori a sei mesi, comunque non superiori a tre anni nell'arco di cinque, per:
a) allattamento;
b) adozione di minore;
c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
d) assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento.

4. Nei casi di cui al precedente comma 2 e 3 la sospensione dell'attività di medicina generale non comporta la sospensione del rapporto convenzionale né soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini della anzianità di servizio.

5. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di sevizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del SSN.

6. I rapporti economici tra medico sostituito e sostituto, nei casi di cui al comma 3, sono regolati secondo l'Allegato C del presente Accordo proporzionalmente alla parte temporale di attività del medico sostituto.

7. Nei casi previsti dal comma 1 il medico deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda secondo le modalità stabilite dall'art. 23 comma 6, dall'art. 55 comma 2, dall'art. 67 comma 3 e dall'allegato N all'art. 10.

8. Nei casi previsti dai commi 2 e 3 il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 23, comma 1, dall'art. 55, comma 1, dall'art. 67 e dall'allegato N, art. 10.

9. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1 lettera e) e sospeso temporaneamente ai sensi del comma 1 lettera b), conserva, fino a sentenza di primo grado in caso di sospensione in seguito a provvedimento dell'autorità giudiziaria, il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/2 dell'ultima mensilità maturata prima del provvedimento di sospensione.

10. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1, lettera e), dalla data di condanna di primo grado a quella di secondo grado, conserva il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/3 dell'ultima mensilità relativa alla quota fissa del compenso percepita prima del provvedimento di sospensione relativa al provvedimento in atto.

11. I compensi di cui ai commi 9 e 10 sono erogati fatta salva l'azione di rivalsa in caso di condanna passata in giudicato e di conferma della sospensione dall'incarico.

12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.

13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del medico, anche di Aziende diverse.

14. Fatte salve le sospensioni d'ufficio del rapporto o dell'attività convenzionale e quelle dovute a malattia, infortunio o a cause non prevedibili, la comunicazione da parte del medico della sospensione deve essere effettuata con un preavviso minimo di 15 giorni.

Art. 6 - Cessazione del rapporto convenzionale.

1. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:
a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del Decreto Legislativo n. 229/99, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del decreto legislativo 30/12/92, n. 503;
b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 16;
c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso;
d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 4;
e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 22;
f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici competente per territorio.

2. L'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso, e l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo, contestati secondo le procedure previste dall'articolo16, comporta il venir meno del rapporto col Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. c, del decreto legislativo n. 502/92, e successive modificazioni.

3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n° 150 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento è adottato dalla competente azienda, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 11.

4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2 nonché, nel caso di cui al punto e) del comma 1, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione.

5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.

Art. 7 - Comunicazioni del medico all'Azienda.

1. Il medico di medicina generale è tenuto a comunicare sollecitamente alla Azienda competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui al precedente art. 2, o con la dichiarazione di cui al comma successivo nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4 al fine di regolarizzare la propria posizione individuale.

2. In ogni caso la Azienda competente può richiedere al medico una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici (v. allegato "L"). Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non è tenuto a inviare la richiesta dichiarazione, salvo quella richiesta per la prima volta dopo la pubblicazione dell'accordo nazionale.

3. Salve modalità diverse concordate a livello regionale, in caso di astensione dall'attività assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, il medico convenzionato è tenuto a comunicare alla Azienda l'eventuale non adesione all'agitazione prima delle 24 ore precedenti l'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma.

4. Tale comunicazione non è dovuta, da parte dei medici iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:
a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente ACN;
b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

5. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

6. La trattenuta dei compensi di cui al comma 5 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

7. Il medico iscritto ad un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 3.

Art. 8 – Formazione continua

1. La formazione continua del medico di medicina generale comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente come definite dall'art.16-bis, commi 1 e 2 del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato.

2. L'aggiornamento professionale, come definito dall'articolo su citato, è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutta l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali.

3. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze ed abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

4. Il medico di medicina generale partecipa alle iniziative formative programmate e organizzate dalle Regioni, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla "Commissione nazionale per la formazione continua" e degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale definiti dalle Regioni stesse, secondo quanto stabilito dall'art. 16-ter del su richiamato decreto legislativo.

5. Al medico di medicina generale sono assegnati crediti formativi secondo i criteri definiti dalla "Commissione nazionale per la formazione continua" e dalle norme vigenti.

6. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 1, del suddetto decreto legislativo, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico di medicina generale ai sensi del presente Accordo.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo già citato, al medico di medicina generale che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.

8. Il medico è tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi destinati a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 16 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

9. Ai sensi dell'art. 16-ter, comma 3, del decreto legislativo n. 502/92 come successivamente modificato, le Regioni:
a) prevedono appropriate forme di partecipazione degli ordini professionali;
b) provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;
c) concorrono alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale indicati dal comma 2 dell'articolo già citato;
d) elaborano gli obiettivi di specifico interesse regionale e accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale.

10. Le Aziende provvedono alla attuazione ed organizzazione dei corsi prevedendo:
a) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni dei medici;
b) lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi;
c) la partecipazione di medi e piccoli gruppi anche integrati con altre figure professionali;
d) appropriate modalità per la valutazione della qualità dei corsi;
e) idonee modalità per la valutazione formativa dei partecipanti, in adesione ai criteri di certificazione della qualità e di acquisizione dei crediti formativi.

11. I temi della formazione obbligatoria saranno scelti, nel rispetto delle indicazioni della "Commissione nazionale per la formazione continua", in modo da rispondere:
a) ai bisogni organizzativi del servizio (programmi obiettivo), azioni programmate, qualità e quantità delle prestazioni patologie emergenti, ecc.;
b) ai bisogni professionali dei medici (evoluzione delle conoscenze scientifiche);
c) ai bisogni emergenti dalla attuazione degli accordi regionali di cui al capo VI.

12. I corsi, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, tenendo conto delle indicazioni della Commissione nazionale per la formazione continua, si svolgono il sabato mattina per almeno 10 sabati per almeno 40 ore annue; al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi. L'Azienda adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità assistenziale durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti convenzionati per l'assistenza primaria hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico dell'Azienda.

L'Azienda provvede ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale a rapporto orario, durante la partecipazione ai corsi, qualora l'orario dei corsi non sia compatibile con lo svolgimento del servizio.

13. Le Aziende al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alle materie del corso frequentato, a titolo di credito didattico.

14. Con accordi a livello regionale tra la Regione e Sindacati medici di medicina generale maggiormente rappresentativi, sentiti gli Ordini dei Medici e le Società professionali della medicina generale, saranno prese iniziative per definire:

a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di medicina generale;
b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale;
c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;
d) i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco;
e) le modalità ed i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 16-ter, comma 2, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

15. Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

16. L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.

17. A cura della Regione gli animatori in formazione sono iscritti in apposito elenco regionale tenuto dall'Assessorato regionale alla sanità.

18. I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del SSN. Le Regioni stabiliscono annualmente le risorse finanziarie destinate alla formazione continua.

19. Il medico di medicina generale, previa comunicazione alla Azienda e salvi rimanendo gli obblighi relativi alla partecipazione alle iniziative di formazione continua previste dalle disposizioni degli articoli 16, 16-bis, 16-ter, 16-quater del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato, ha la facoltà di partecipare a proprie spese a corsi non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati dalla commissione di cui all'art. 16-ter del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, limitatamente alla quota parte corrispondente ai bisogni professionali dei medici e cioè fino alla concorrenza della metà del tempo previsto per l'aggiornamento.

Art. 9 - Diritti sindacali.

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente accordo e da normative nazionali o regionali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli Accordi regionali e le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.

2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del medico.

3. I rappresentanti nazionali, regionali e provinciali dei sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi, i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i medici eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi, con oneri a loro carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, onnicomprensivo, non può essere inferiore al costo globale orario previsto dall'accordo per gli incarichi a rapporto orario per le attività territoriali, ex art. 48 L. 833/78.

4. A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato viene riconosciuta la disponibilità di 3 ore annue per ogni iscritto.

5. La segreteria nazionale o regionale del sindacato comunica ogni anno alle aziende interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità della quota parte di orario spettante, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

6. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari alla misura tabellare iniziale prevista dall'accordo per gli incarichi a rapporto orario per le attività territoriali ex art. 48 L. 833/78. Tale attività non si configura come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso è direttamente liquidato dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

7. Nel caso di medico convenzionato a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento del medico di cui al comma 5 sulla base del suo orario di incarico.

Art. 10 - Rappresentatività sindacale.

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentatività", ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e, sottolineata la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni ed Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.

2. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai medici convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale, accertate alla data del 1° Gennaio di ogni anno ed è trasmessa, entro il mese di febbraio, mediante comunicazione delle stesse Aziende, per tramite dell'Assessorato Regionale alla Sanità di appartenenza, al Ministero della Sanità - Servizio Rapporti Convenzionali con il Servizio Sanitario Nazionale ed alle Segreterie Nazionali delle OO.SS..

3. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale.

4. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.

5. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.

6. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali l'elenco dei medici ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.

7. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in conto corrente intestato ai tesorieri dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

8. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.

9. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 5 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi regionali.

10. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 5 livello regionale. Da tale requisito si prescinde per le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo purchè in possesso del requisito di rappresentatività di cui al comma 5 a livello aziendale.

11. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 5 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è unico e partecipa alle trattative e alla stipula degli accordi come unica organizzazione sindacale.

Art. 11 - Comitato aziendale

1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione previo parere favorevole delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, a norma dell'art. 10. Il Direttore generale o suo delegato provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni 3 mesi, anche su richiesta di una delle parti.

Il comitato aziendale esprime pareri obbligatori:

a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 25;
b) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 27, comma 3;
c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera e);
d) deroghe di cui all'art. 21, comma 10, all'obbligo di residenza;
e) variazione degli ambiti di scelta;
f) individuazione delle zone disagiate;
g) ogni altro parere previsto dal presente Accordo e dagli Accordi regionali ed aziendali.

3. Inoltre il comitato aziendale è preposto alla definizione degli accordi aziendali e ad ogni altro incarico attribuitogli dal presente accordo o da accordi regionali o aziendali.

4. Il comitato esprime pareri sui rapporti convenzionali di assistenza primaria, di continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e attività programmate territoriali.

5. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato aziendale.

Art 12 - Comitato regionale

1. In ciascuna regione è istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 10. L'Assessore regionale alla sanità, o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni 3 mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2. Il comitato permanente è preposto:

a) alla definizione degli accordi regionali;
b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e degli accordi regionali;
c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da medici di medicina generale, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.

3. L'attività del comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'accordo nazionale e degli accordi regionali ed è sede di osservazione degli accordi aziendali.

4. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato regionale.

Art. 13 - Osservatorio consultivo permanente.

1. Con Decreto del Ministro della Sanità è istituito, entro tre mesi dalla data di pubblicazione del presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale, nell'ambito del Servizio rapporti convenzionali con il S.S.N., un Osservatorio consultivo permanente che ha il compito di:
- rilevare ed esaminare le eventuali questioni interpretative ed applicative derivanti dall'applicazione dell'accordo nazionale e degli Accordi regionali, anche attraverso il monitoraggio delle deliberazioni dei Comitati regionali;
- analizzare il rapporto di conformità degli accordi regionali con quello nazionale;
- monitorare raccordandosi, ove necessario, con le strutture organizzative del Ministero della Sanità e con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, i risultati raggiunti dagli Accordi regionali per favorirne l'attuazione su tutto il territorio nazionale ai fini di migliorare l'assetto funzionale della medicina generale, nonché le problematiche relative alla formazione;
- curare la fornitura dei dati nazionali richiesti dalle Regioni;
- promuovere e supportare con il coinvolgimento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, l'avvio delle trattative e la relativa conclusione, degli Accordi decentrati regionali previsti dal presente Accordo.

2. L'Osservatorio esamina altresì i problemi scaturenti da provvedimenti legislativi e da pronunce della magistratura che incidano direttamente nella disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo.

3. L'Osservatorio ha sede presso il Ministero della Sanità – Servizio per i rapporti convenzionali con il SSN – ed è composto:
- dal Dirigente Generale del Servizio rapporti convenzionali con il SSN, con funzioni di Presidente, o da un suo delegato;
- da 6 membri designati dagli Assessori regionali alla Sanità componenti la delegazione di parte pubblica, dei quali uno è il capo della delegazione regionale trattante la stipula della convenzione o suo delegato;
- da 7 rappresentati dei medici convenzionati di medicina generale, indicati dai sindacati maggiormente rappresentativi individuati sulla base della rappresentatività di cui al comma 5 dell'art. 10, con criterio di proporzionalità tra essi.

4. Le funzioni di segretario dell'osservatorio sono svolte da un funzionario amministrativo ministeriale.

5. L'Osservatorio si riunisce di norma all'inizio di ogni trimestre su convocazione del Presidente o a seguito di richiesta motivata inoltrata da una delle parti firmatarie dell'accordo.

6. Di ogni riunione sarà redatto apposito verbale che verrà trasmesso ad ogni buon fine a tutte le parti firmatarie ed a tutte le Regioni e Province Autonome per gli eventuali incombenti di rispettiva competenza.

7. La partecipazione alle riunioni dei componenti l'Osservatorio non comporta oneri economici ad alcun titolo a carico del Ministero della Sanità.

8. Ai lavori possono essere invitati esperti o altri rappresentanti delle parti firmatarie in relazione agli argomenti trattati.

9. Le Regioni inviano all'Osservatorio copia degli accordi regionali stipulati nelle materie di cui al presente accordo.

10. Ai medici di medicina generale che partecipano alle riunioni dell'Osservatorio consultivo permanente è riconosciuto il rimborso di cui al comma 1 dell'articolo 9 del presente Accordo e con le modalità dallo stesso previste.

Art. 14 – Programmazione e monitoraggio delle attività

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda, il "Programma delle attività territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:
a) le attività di medicina generale previste dal decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies e dal Piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R. del 23/7/98 - cioè assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi - ed il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;
b) altre attività territoriali pertinenti la medicina generale e attività intersettoriali, cui partecipa la medicina generale, definite dagli Accordi regionali ed aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. Le attività territoriali riguardanti la medicina generale di cui alla lettera b) del comma 1, sono in particolare :
a) attività di formazione, informazione, e revisione fra pari dei medici di medicina generale ;
b) prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, comprese quelle informatiche, di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;
c) servizi di supporto alla attività dei medici di medicina generale, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;
e) progetti obiettivo nazionali, regionali ed aziendali;
f) progetti a livello di spesa programmato;
g) sviluppo delle forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;
h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei medici di medicina generale;
i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici ed assistenziali;
j) conferenze di consenso nell'ambito del distretto;
k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;
l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:
a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi regionali ed aziendali;
b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai medici di medicina generale;
c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale;
d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Azienda stessa o in altra Azienda.

4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersettorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la medicina generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto.

5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:
a) l'andamento, per la parte concernente la medicina generale e indicata ai commi 2 e 3, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
b) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note della Commissione unica del farmaco (CUF), anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell'art. 72.

7. Le Aziende assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

Art. 15 – Equipes territoriali

1. In attesa che le Regioni disciplinino il distretto e la sua organizzazione secondo le prescrizioni ed i principi degli articoli 3-quater e 3-quinquies del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato, le Regioni stesse e le Aziende possono prevedere in via sperimentale la istituzione di équipes territoriali, finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, secondo gli indirizzi dei successivi commi.

2. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale, intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operatività della stessa per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali ed aziendali.

3. L'équipe territoriale è:
a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;
b) momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

4. Al fine di assicurare l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della équipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo già citato:
   a) l'assistenza primaria;
   b) la continuità assistenziale;
   c) la pediatria di libera scelta;
   d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
   e) la medicina dei servizi;
   f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

5. L'intervento coordinato ed integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:
a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
b) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
c) tutela dei disabili ed anziani;
d) patologie in fase terminale;
e) patologie da HIV;
f) tutela della salute mentale;
g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

6. L'attività interdisciplinare ed integrata dell'équipe territoriale si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la predisposizione di un programma di lavoro:
a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali ed appropriati di assistenza, da specifici programmi e progetti assistenziali;
b) proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto;
c) concordato tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
d) che indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
e) la possibilità di operare modifiche durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione sui risultati conseguiti.

Art. 15-bis – Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:

a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dall'art. 14, comma 2, lettera i);

b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;

c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n.323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n.425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure ed i principi di cui ai successivi commi.

4. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 14, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda.

5. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:

a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato:

b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

6. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;

b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;

c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota CUF, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota CUF o di altra legittima norma.

Art. 15-ter – Struttura del compenso

1. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera d), del D. L.vo n. 502/92 come successivamente modificato, la struttura del compenso del medico di medicina generale si articola:

a) quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dai rispettivi capi del presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente accordo, modulata in rapporto alle classi di età individuate all'articolo 45;

b) una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f) dell'art. 8, comma 1 del decreto legislativo sopra richiamato;

c) una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.

2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei principi generali di cui al presente articolo, dai successivi artt. 45, 57, 61, 68, e, per quanto di competenza, dagli Accordi regionali ed aziendali.

Art. 16 - Responsabilità convenzionali e violazioni. Collegio arbitrale.

1. I medici convenzionati di medicina generale sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente accordo e dagli accordi regionali e aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda.

2. Le violazioni danno luogo. secondo la gravità dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni:
a) richiamo verbale, per lievi infrazioni comprese quelle occasionali relative alle norme sulla prescrizione e sulla proposta;
b) richiamo con diffida per la ripetizione di lievi infrazioni e per infrazioni di una certa gravità:
c) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi per infrazioni di media gravità o per reiterate (oltre la seconda) applicazioni della sanzione di cui alla precedente lettera b);
d) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 6 giorni e non superiore a sei mesi, in particolare per:
- gravi infrazioni anche finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;
- omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, limitazioni di massimale o benefici economici;
- recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;

e) revoca per infrazioni particolarmente gravi compresa quella di cui all'art. 6, comma 2. o per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

3. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza, e lo sente a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 15 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito.

4. Il Direttore generale, valutate le controdeduzioni addotte dal medico in sede di difesa, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione. Qualora siano trascorsi inutilmente i 15 giorni dalla convocazione per la difesa o entro tale termine non sia stata ricevuta alcuna controdeduzione, il Direttore generale dà corso alla irrogazione della sanzione e alla sua notifica all'interessato entro 10 giorni.

5. Il medico, ricevuta la notifica della sanzione, può impugnarla nei confronti del Direttore generale della Azienda entro 30 giorni dal ricevimento, anche a mezzo di procuratore, chiedendo che la controversia sia sottoposta al giudizio del Collegio arbitrale.

6. Il Collegio è composto da tre arbitri:
- uno con funzioni di Presidente, individuato nel Presidente dell'Ordine dei medici della provincia capoluogo di Regione o suo delegato. Nel caso in cui il medico, sottoposto a procedimento, sia iscritto all'Ordine con sede nel capoluogo di Regione il Presidente designato delega, con atto formale, un Presidente dell'Ordine dei medici di altra provincia della Regione;
- uno, nominato dal medico;
- uno nominato dal Direttore generale della azienda, di norma scelto fra i dipendenti della stessa Azienda.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dell'azienda sanitaria locale di riferimento.

7. Ricevuta l'impugnazione con la richiesta di devolvere al Collegio arbitrale la decisione sulla controversia, il Direttore generale della azienda entro 10 giorni:
- sospende l'applicazione della sanzione;
- individua il membro di nomina aziendale ed acquisisce l'atto di accettazione dell'incarico;
- richiede al Presidente dell'Ordine del capoluogo di Regione il nominativo del Presidente del Collegio;
- il Presidente dell'ordine deve rispondere entro 10 giorni dal ricevimento;
- ricevuta la comunicazione del nominativo del presidente, il Direttore generale dell'azienda costituisce, entro 10 giorni il Collegio arbitrale, dispone la notifica della deliberazione ai membri del Collegio e al medico interessato e la trasmissione di tutti gli atti riguardanti il caso al presidente. Questi convoca entro 8 giorni dal ricevimento della notifica, con allegati gli atti, il Collegio arbitrale.

Le parti hanno diritto di:
- essere ascoltate dal Collegio arbitrale;
- presentare al Collegio ulteriori documenti e memorie inerenti il caso.

8. Il Collegio, udite le parti se ne hanno fatta richiesta e acquisita l'eventuale documentazione dalle stesse prodotta, emette il lodo entro 7 giorni dalla seduta e ne dà comunicazione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento alle parti interessate.

9. L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

10. I termini previsti dal presente articolo sono perentori.

11. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato.

12. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 2, lett. d), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto, fatta salva la corresponsione al medico sostituito dei compensi di cui all'art. 45, lett. A3.

13. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi due anni dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro commissione.

14. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

Art. 17 - Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione.

1. Nel campo dell'assistenza primaria sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/1990, art. 2, comma 2, le visite domiciliari urgenti e l'assistenza domiciliare integrata, nonché le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali.

2. Nel campo della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale, oltre a quelle previste dal precedente comma 1 per quanto di competenza, sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui agli artt. 52 e 65, limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici.

3. Le prestazioni di cui ai commi 1 e 2, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai commi 4, 6 e 7.

4. Il diritto di sciopero dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

5. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 16.

6. Le organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:
a) nel mese di agosto;
b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;
e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

7. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

8. In conformità agli accordi di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi dei medici di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.

9. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo sono stabiliti, relativamente agli addetti della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria, con apposite intese a livello regionale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui al comma 1, nonché per la loro distribuzione territoriale.

Art. 18 - Durata dell'accordo.

1. Il presente accordo ha durata triennale e scade il 31.12.2000.

CAPO II

L'ASSISTENZA PRIMARIA

CAPO II
L'ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 19 - Rapporto ottimale.

1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria.

.. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria è organizzata in via prioritaria per ambiti comunali, ai sensi :ell'art. 25 della legge n. 833/78.

. Le regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti.

4. Ciascuna Azienda, anche ai fini dello svolgimento delle procedure di cui all'art. 3, cura la tenuta degli elenchi dei medici convenzionati per l'erogazione dell'assistenza primaria, i quali, ai fini dell'esercizio della scelta del medico da parte del cittadino, sono articolati nei medesimi ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 2 e 3.

5. L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 5.000 abitanti. Per motivi geografici, di viabilità, di distanza tra comuni, di difficile percorrenza delle vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi o per altre valide condizioni, le Regioni possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 5.000 unità ma comunque mai inferiore a 3.500.

6. Nei comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel comune, sulla base dei parametri di cui al comma 9.

7. La determinazione del numero dei medici iscrivibili in comuni comprendenti più Aziende, viene determinata sommando i medici iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria popolazione di riferimento. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda, inferiori a 500 abitanti, possono concorrere, sommandosi, alla determinazione di carenza di medici nell'intero ambito comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto più elevato.

8. Il medico operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che può essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte in tutto l'ambito comunale ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

9. Ferma restando la facoltà delle Regioni di disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale secondo parametri diversi definiti nell'ambito degli accordi regionali, ai sensi dell'art. 8, lett. h), decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, per ciascun ambito territoriale, definito ai sensi del comma 3, può essere iscritto soltanto un medico per ogni 1000 residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

10. Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni o autolimitazioni di massimali già dichiarate ed esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 25 a carico dei singoli medici già iscritti nell'elenco. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato B.

11. Ai fini della determinazione dei medici iscrivibili nell'elenco, l'Azienda, utilizzando l'elenco di cui all'art. 30 comma 4, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 9) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del medico in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

12. In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone con oltre 500 abitanti di ambiti territoriali dichiarati carenti ai sensi del successivo articolo 20, comma 1, sentito il Comitato Consultivo di Azienda, deve esser comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente, nell'ordine di inserimento, degli ultimi medici inseriti.

13. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

14. In caso di modifiche di ambito territoriale il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, fatti salvi il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.

15. Fatto salvo quanto previsto al comma 9, nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale.

Art. 20 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria individuati rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 19.

2. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.

3. La indicazione di cui al precedente comma 2 costituisce vincolo alla apertura di uno studio di assistenza primaria nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:
a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.
b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

5. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q o Q/3.

6. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L".

7. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i medici di cui alla lettera b) del precedente comma 4 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 2;
b) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
c) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

8. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti vengono formulate sulla base dell'anzianità e dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente lo o gli ambiti territoriali per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

9. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, dei medici aventi titolo, secondo la graduatoria, al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

11. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.

12. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del comma 4 in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 4 in base all'ordine risultante al-

l'applicazione dei criteri di cui al comma 7 e sulla base del disposto di cui al comma 6 e 7 dell'articolo 3 del presente Accordo.

13. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 4, lettera a), è determinata sommando:
a) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della assistenza primaria della Regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;
b) l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla lettera a).

14. La Regione che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 4, lettera a) ad un medico proveniente da altra Regione comunica alla regione di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal successivo comma 17.

15. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

16. E' cancellato dalla graduatoria regionale, ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza primaria, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1.

17. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 4 lettera a), accetta l'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

18. La Regione può individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

Art. 21 - Instaurazione del rapporto convenzionale.

1. Il medico interpellato ai sensi dell'art. 20 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.

2. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato, condizionato al possesso dei requisiti di cui al comma 3, con provvedimento del Direttore Generale, che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, ricevimento dal quale decorre il termine di 90 giorni previsto dal comma successivo.

3. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 2, il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al comma 10, deve:
- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 20, comma 2, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 22 e darne comunicazione alla Azienda;
- richiedere il trasferimento della residenza nelle zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
- iscriversi all'Albo Professionale della provincia in cui gravita l'ambito carente assegnatogli, se è iscritto in altra provincia. In tal caso è sufficiente documentare la presentazione della domanda di trasferimento dall'Ordine di provenienza.

4. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato ex art. 11, temporanee proroghe al termine di cui al comma 3, entro il limite massimo di ulteriori sessanta giorni.

5. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 22 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

6. Le procedure di cui al comma 5 si applicano anche nei casi di apertura di ulteriori studi professionali, per l'espletamento dell'attività convenzionata di cui al presente Accordo, nel contesto del medesimo ambito territoriale e nel caso di variazione di ubicazione dello studio convenzionato per l'assistenza primaria in altro locale all'interno del medesimo ambito territoriale.

7. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni di cui al comma 5, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. E' fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.

8. Il medico al quale sia definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco relativo all'ambito territoriale carente della Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa.

9. Al fine di favorire l'inserimento di medici negli ambiti territoriali carenti, con particolare riguardo a quelli disagiati, la Azienda può, su richiesta del medico, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, dell'ambulatorio pubblico, sono oggetto di apposite determinazioni da concordarsi nell'ambito degli Accordi Regionali di cui al Capo VI.

10. Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 11 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

11. Al medico è fatto divieto di esercitare le attività convenzionate ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto, escluso il caso di cui all'art. 19, comma 14.

12. Al medico, al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico è iscritto.

Art. 22 - Requisiti e apertura degli studi medici.

1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio sanitario nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio cui all'art. 45, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale è uno studio professionale privato che, destinato in parte allo svolgimento di un pubblico servizio, deve possedere i requisiti previsti dai seguenti commi.

2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.

5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'Azienda può richiedere, previo parere del Comitato aziendale di cui all'art. 11, la revisione dell'orario.

6. Il suddetto orario con il nominativo del medico, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.

7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

Art. 23 - Sostituzioni.

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi. Il sostituto deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'articolo 4, salvi diversi accordi regionali che stabiliscono anche il limite delle scelte che possono essere poste a carico del medico sostituto.

2. Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo.

3. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 4; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione negli elenchi dei convenzionati e secondo il trattamento economico previsto per il medico sostituito.

4. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme del regolamento allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale, compresa la relativa documentazione.

5. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non possa essere effettuata dal medico di medicina generale, sia svolta da un medico iscritto negli elenchi dei pediatri di libera scelta, i compensi allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.

6. Il medico, che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 2, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno della sostituzione al medico sostituto, salvo quanto previsto dall'art. 16, comma 12.

7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

8. Tranne che per i motivi di cui all'art. 5, commi 1, 2 e 3, del presente Accordo e per mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 11, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

9. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

10. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 6.

11. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.

12. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli accordi Regionali e da quelli Aziendali.

13. In caso di decesso del medico convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il medico fosse già sostituito, il sostituto già incaricato al momento del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al medico deceduto per non più di 30 giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

Art. 24 - Incarichi provvisori.

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, la Azienda, sentito il Comitato ex art. 11, può conferire ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale, un incarico temporaneo.

2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a otto mesi, cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento, e non può comunque essere rinnovato allo stesso medico prima che siano trascorsi 30 giorni dalla sua cessazione. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi della fascia iniziale di anzianità di cui all'art. 45, lettera A.

3. L'incarico di cui al comma 1 non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera le 300 unità. In tal caso si applica il disposto del comma 3 dell'articolo 25.

4. Ai medici di cui al precedente comma 1 che siano chiamati a ricoprire un incarico provvisorio la Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso, ed usualmente utilizzata, nell'ambito territoriale relativo.

5. Qualora in un ambito territoriale si determinino le condizioni previste al precedente comma 1, la Azienda è tenuta ad informare, entro 20 giorni dall'evento, i cittadini interessati dalla carenza di assistenza della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico tra tutti quelli incaricati nell'ambito territoriale interessato, anche attraverso annunci sui quotidiani, manifesti nei comuni e negli altri luoghi pubblici e, ove ritenuto opportuno, mediante comunicazione diretta agli assistiti.

Art. 25 - Massimale di scelte e sue limitazioni

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità.

2. I medici che avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 rientrano nel massimale di 1.500 scelte gradualmente mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.

3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 11, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi del punto 5, comma 3, dell'art. 48 della Legge n. 833/78, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.

4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga altre attività orarie compatibili con tale iscrizione, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, tenuto conto del disposto dell'articolo 44 del presente Accordo in materia di libera professione strutturata. Per quanto riguarda i medici della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e dell'emergenza sanitaria territoriale si applicano le limitazioni previste dai rispettivi Capi.

5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario compatibili con quelle di cui al presente Accordo e per attività di libera professione strutturata si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 1.500 scelte per 40 ore settimanali.

6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non può essere inferiore a 1.000 scelte, fatte salve autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e fino a che le singole posizioni soggettive restino immutate. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione

7. Ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, è consentita la reiscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dal precedente articolo 19.

8. Ai medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.93 n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.93, n. 296 che accettano l'incarico di cui al precedente art. 20, è consentito acquisire scelte fino alla concorrenza di un massimale di 500 scelte.

9. Ai medici di cui al comma 8, che alla data di pubblicazione del presente Accordo detenevano un numero di scelte superiore a 500 è fatto divieto di acquisire ulteriori scelte. Per tali medici l'Azienda dispone il rientro nei limiti del massimale di cui al comma 8 mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.

10. Le disposizioni di cui ai commi 8 e 9 non si applicano ai medici che, soggetti alla norma relativa, rinunciano all'incarico compatibile entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

11. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

Art. 26 - Scelta del medico.

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistito sono fondati sul rapporto di fiducia.

2. Il rapporto di fiducia tra medico e assistito si fonda anche sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci. A tal fine, e per maggiormente radicare il rapporto tra medico e cittadino, le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, una corretta informazione agli assistiti sulla opportunità di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del medico e, a margine della scelta effettuata, la informazione sullo status del medico, sul suo curriculum personale e professionale, sulle caratteristiche della attività professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, ecc.).

3. Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per sé e per i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi il medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco, definito ai sensi dell'art. 19, relativo all'ambito territoriale di residenza.

4. L'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 11 e acquisita l'accettazione del medico di scelta, può consentire che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

5. La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salva revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.

6. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile.

7. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 2 anni, nel rispetto dei tempi di validità dei permessi di soggiorno. Anche tale scelta è espressamente prorogabile.

8. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito già in carico al medico di medicina generale possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale o quota individuale, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare.

9. Le scelte in deroga, comunque acquisibili, non possono superare in nessun caso il 5% del massimale individuale del medico, fermo restando quanto previsto dell'art. 25, comma 2.

Art. 27 - Revoca e ricusazione della scelta.

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca l'assistito deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra medico revocato e medico scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi regionali.

3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale revoca deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

4. Non è consentita la ricusazione quando nel Comune non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di Azienda di cui all'art. 11.

5. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima.

6. Il medico di assistenza primaria può comunicare all'Azienda l'avvenuto decesso del proprio assistito del quale egli abbia certificato la morte, salvo verifica presso l'anagrafe comunale di residenza dell'assistito deceduto, ai fini della revoca della relativa scelta e di una sollecita operazione di aggiornamento degli elenchi del medico interessato.

Art. 28 - Revoche d'ufficio.

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della reiscrizione degli stessi nei suddetti elenchi anche in deroga al massimale individuale. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

2. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il medico è tenuto alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

3. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda è tenuta a comunicare al medico interessato la revoca per decesso entro un anno dall'evento.

4. In caso di trasferimento di residenza l'Azienda presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta. Le Aziende che aggiornano l'archivio assistiti utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio. L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al medico ed al cittadino interessati entro 3 mesi dall'evento. Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali. Nel caso in cui l'ambito comunale sia comprensivo di più Aziende si intende per Azienda limitrofa il medesimo ambito comunale.

5. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

6. Ai fini degli effetti economici relativi alle revoche d'ufficio di cui al presente articolo, la Azienda è tenuta ad inviare al medico interessato, in uno con la comunicazione del previsto importo da ripetere, il tabulato nominativo relativo ai pazienti oggetto di revoca, completo della causa e della decorrenza della revoca medesima.

7. Avverso alla richiesta di ripetizione il medico interessato può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 giorni dalla sua comunicazione ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 giorni dal ricevimento del ricorso.

8. Qualora l'importo complessivo richiesto dalla Azienda sia superiore al 20% dell'ammontare degli emolumenti mensili, l'Azienda può dare corso a conguaglio negativo solo in presenza di accordo in tal senso con il medico interessato.

9. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo hanno corso nella misura massima del 20% per cento dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali.

Art. 29 - Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici

1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese.

2. Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in trentesimi ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento del medico o da cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.

3. La cessazione per sopraggiunti limiti di età da parte del medico produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.

4. Le operazioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta e alla revoca sono svolte in tempo reale, qualora siano realizzabili in base alla possibilità di utilizzo di procedure informatiche.

Art. 30 - Elenchi nominativi e variazioni mensili

1. Entro il 31 luglio ed il 31 gennaio di ogni anno le Aziende inviano ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi alla data rispettivamente del 15 giugno e del 15 dicembre.

2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli medici le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta o revoca.

3. I dati di cui ai commi 1 e 2 possono essere forniti su supporto magnetico, a richiesta del medico e senza alcun onere a suo carico.

4. Le Aziende istituiscono un elenco separato delle scelte operate dai cittadini in favore di medici convenzionati in ambiti territoriali della stessa Azienda diversi da quello di residenza dell'assistito, ai sensi dell'art. 26, comma 4, del presente Accordo.

5. Tale elenco è utilizzato ai fini della determinazione del rapporto ottimale e della individuazione della carenza di medici, secondo quanto disposto dall'articolo 19, comma 11, del presente Accordo.

Art. 31 - Compiti del medico con compensi a quota fissa

1. L'inserimento negli elenchi di cui all'art. 19, comma 4, determina, relativamente all'ambito territoriale di iscrizione di ciascun medico e nei confronti dei cittadini che lo scelgono, l'affidamento al medico stesso della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari, e di educazione sanitaria i quali sono espletati attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari finalizzati al soddisfacimento dei relativi bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. I compiti del medico, remunerati con una quota fissa per assistito ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, comprendono:
a) le visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico. Al fine di migliorare lo standard delle prestazioni il medico si avvale di supporti tecnologici diagnostici e terapeutici sia nel proprio studio sia a livello domiciliare;
b) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente, in quanto atti che attengono alla professionalità del medico di medicina generale;
c) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad uso del medico e ad utilità dell'assistito, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche mirate e a quanto previsto dagli accordi regionali;
d) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
e) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;
f) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro.

3. Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:
a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 15;
b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:

- l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
- la donazione di sangue, plasma e organi;
- la cultura dei trapianti;
- il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
- l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
- la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale.

c) obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;
d) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

Art. 32 - Compiti del medico a quota variabile di compenso, con compensi aggiuntivi

1. Il medico è tenuto a svolgere, oltre ai compiti indicati dal precedente articolo 31, compiti anch'essi finalizzati al soddisfacimento di bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza, remunerati con una quota variabile del compenso, aggiuntiva rispetto a quella prevista dall'art. 31.

2. I compiti di cui al presente articolo sono:
a) assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati "G" e "H";
b) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 39, lett. c);
c) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";
d) assistenza in zone disagiatissime, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali di cui all'art. 45, lettera "C2", comma 2;
e) visite occasionali, secondo l'art. 43, comma 4.

Art. 33 - Visite ambulatoriali e domiciliari

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

2. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

3. A cura della Azienda e del medico di medicina generale tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.

4. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

5. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché, quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

6. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

7. Particolari necessità assistenziali relative alla effettuazione delle visite domiciliari e all'accesso agli studi professionali - collegate alla reperibilità del medico, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari – possono essere oggetto di accordi regionali al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni.

Art. 34 - Consulto con lo specialista

1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal medico di medicina generale qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico di medicina generale presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del medico di famiglia, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il medico di famiglia o lo specialista concordano i modi ed i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.

5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Art. 35 – Rapporti tra il medico di famiglia e l'ospedale

1. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale ex art. 11 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 47, adottano, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;
b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero;
c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note CUF e delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni;
d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

2. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il medico di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente a domicilio.

3. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col medico di famiglia gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.

4. In ogni caso il medico di medicina generale nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

5. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari Uffici di coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

6. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in day hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.

7. Le finalità di cui al comma 6 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 5.

Art. 36 - Assistenza farmaceutica e modulario

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 0, della legge 24.12.1993, n. 537 e successive integrazioni e modificazioni.

2. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

3. Le parti firmatarie del presente accordo possono concordare a livello regionale sperimentazioni riguardanti modalità e procedure, compresa la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia, idonee a snellire gli adempimenti dei medici e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.

4. Sulla ricetta di cui al decreto ministeriale n. 350/1988 il medico annota il diritto dell'esenzione dal pagamento della quota a carico secondo le norme vigenti. Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto, o meno, all'esenzione e di quant'altro necessario, anche legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati, sono definite con accordi regionali.

5. Il diritto all'esenzione del ticket è regolato nelle forme di legge per le esenzioni da reddito. Nelle altre forme la esenzione è attestata dalla Azienda ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto ministeriale 20 maggio 1989 e successive modificazioni ed integrazioni.

6. La necessità della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico di assistenza primaria alla Azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dalla Azienda secondo modalità organizzative fissate dalla regione.

7. La prescrizione farmaceutica in caso di urgenza terapeutica o di necessità e di dimissione ospedaliera in orari coperti dalla continuità assistenziale è compilata anche dai medici dipendenti e dagli specialisti convenzionati interni, secondo le disposizioni di cui all'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

8. La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del S.S.N. può essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del medico di medicina generale.

Art. 37 - Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali

1. Il medico di famiglia, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, indagine specialistica, prestazione specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 34.

3. Il medico può dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione "al medico curante", suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilità di successivi controlli specialistici.

5. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste su modulario idoneo a consentire al cittadino la diretta esecuzione della prestazione o indagine richiesta, nel rispetto del disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, e tale da consentire di individuare il medico prescrittore e, con immediatezza, la sua area di appartenenza.

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6, le Aziende emanano norme per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di medicina generale.

8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.

9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato E) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

10. Il modulario di cui all'art. 36, salvo il disposto del successivo art. 38, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche, nonché per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il medico annota la diagnosi del soggetto.

11. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 settembre 1997, le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal medico di assistenza primaria e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del medico stesso sul modulario del SSN.

Art. 38 - Certificazione di malattia per i lavoratori

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti di cui all'art. 31, comma 3.

2. Le certificazioni relative ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta non spettano al medico di fiducia, che non è tenuto alla trascrizione.

Art. 39 - Assistenza domiciliare programmata

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalità operative definiti a livello regionale costituisce, come previsto dall'art., 32 comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata, devono essere, comunque, assicurate con interventi a domicilio di:

a) assistenza domiciliare integrata (ADI);.
b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere a) e b), è disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere G) e H); l'istituto di cui lettera c) è disciplinato nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.

3. Le Regioni, previo accordo con le Organizzazioni Sindacali della medicina generale maggiormente rappresentative a livello Regionale, possono disciplinare diversamente le forme di assistenza domiciliare di cui alle lettere a) e b).

Art. 40 – Forme associative dell'assistenza primaria

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni.

2. Al fine di:

a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda,
b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale,
c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici,
d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle equipes territoriali di cui all'art. 15, se costituite,
e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate,
f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale,
g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica,

i medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo i principi, le tipologie e le modalità indicate ai successivi commi.

3. Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:

a) forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
b) forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

4. Le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui alla lettera a) del comma 3 sono ispirate ai seguenti criteri generali:

a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;
b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
c) della forma associativa possono far parte:
    - medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, esclusi quelli di cui all'art. 25, comma 8, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 19 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);
    - medici di continuità assistenziale;
    - medici pediatri di libera scelta;
d) La sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;
e) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto dai commi 7, 8 e 9. Le forme associative composte da soli due medici e già in essere all'atto di pubblicazione del presente Accordo sono fatte salve, se previste dagli Accordi Regionali e fino a che le rispettive condizioni associative restino immutate. Gli Accordi regionali di cui al Capo VI disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo.
f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;
g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b) la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;
i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con

specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;

j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 22, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 22, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 33 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;

k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;

l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;

m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;

n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;

o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;

p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;

r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:
- per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
- per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 12.

s) l'Azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità ed, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo.

5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 44, comma 5.

6. Le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono:
A. La medicina in associazione.
B. La medicina in rete.
C. La medicina di gruppo.

7. Oltre alle condizioni previste dal comma 4, la medicina in associazione si caratterizza per:

a) distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;

b) chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;

c) numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova;

d) la condivisione e implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;

e) la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

8. La medicina in rete, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 4, si caratterizza per:

a) distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;
b) gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
c) collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
d) utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
e) chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19.00;
f) numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.

9. Oltre alle condizioni previste al comma 4, la medicina di gruppo si caratterizza per:
a) sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo;
b) presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;
c) utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
d) utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
e) gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
f) utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
g) utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa;
h) numero di medici associati non superiore a 8.

10. I medici di assistenza primaria convenzionati ai sensi del presente Accordo possono aderire a forme associative di cui al comma 3 lettera b), anche ove esse associno tutti i medici di assistenza primaria appartenenti alla stessa Azienda, ferma restando l'appartenenza funzionale per i compiti convenzionali ai rispettivi ambiti territoriali di scelta.

11. Per essere riconosciute quali forme associative di cui al comma 3, lettera b), della medicina generale convenzionata ai sensi del presente Accordo, le stesse debbono essere ispirate ai criteri generali previsti al comma 4, lettere a), b), d), g), h), k), l), n), p), q), r) e prevedere l'organizzazione dell'attività dei propri medici associati, secondo gruppi relativi ai rispettivi ambiti territoriali di scelta e mediante un adeguamento di tali gruppi alle condizioni normative previste dalle lettere c), e), o) ed alle condizioni previste dal comma 8.

12. Alle forme associative di cui al comma 3, lettera b), possono essere associati medici aderenti a forme associative tra quelle di cui alla lettera a), mantenendone i relativi obblighi organizzativi e diritti economici, fermo restando il disposto di cui alla f) del comma 4, e senza ulteriore incentivazione di associazionismo.

13. Nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi, possono essere individuate forme organizzative, caratteristiche aggiuntive, attività integrative per le forme associative di cui al presente articolo, definendone anche i relativi compensi integrativi.

14. I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dal presente Accordo, da Accordi regionali o aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono avvalersi di strutture e servizi forniti dalle società definite alla lettera b) del comma 3 del presente articolo, in particolare per quanto concerne:
a) sedi associative, studi professionali, poliambulatori;
b) beni strumentali;
c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
d) servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
e) servizi di verifica e revisione di qualità;

f) ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi regionali. In ogni caso è da escludersi la fornitura di prestazioni sanitarie.

15. La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui alla lettera b), del comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. n. 484/96.

16. Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e aziendali di cui al presente Accordo.

Art. 41 - Interventi socio-assistenziali.

1. Il medico di famiglia, sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'Azienda l'esigenza di intervento dei servizi socio-assistenziali.

2. La natura e la tipologia degli interventi conseguenti alla segnalazione di cui al comma precedente sono assunti, se necessario, secondo un programma specifico ed in accordo col medico di famiglia dell'assistito.

Art. 42 - Collegamento con i servizi di continuità assistenziale

1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisiopatologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.

2. Possono essere concordate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative apposite linee guida, ad uso dei medici di medicina generale, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.

3. Il medico di assistenza primaria, ove sussistano le linee guida di cui al comma 2, è tenuto alla osservanza del disposto di cui allo stesso comma.

Art. 43 - Visite occasionali.

1. I medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.

2. I medici, tuttavia, salvo quanto previsto per la continuità assistenziale e per l'assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio comune di residenza, ricorrano all'opera del medico.

3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe onnicomprensive:
- visita ambulatoriale L. 30.000
- visita domiciliare L. 50.000

4. Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato "D" su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

5. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti e sulla base di appositi Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende.

6. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare il modello prescrizione-proposta, indicando la residenza dell'assistito.

Art. 44 - Libera professione.

1. La libera professione è esercitata secondo le norme del presente articolo.

2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, al di fuori degli obblighi, dei compiti e delle funzioni previsti agli artt. 31 e 32, del presente Accordo, nonché degli accordi regionali ed aziendali, al medico iscritto negli elenchi è consentito svolgere attività di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti dei medici eventualmente operanti nella medesima forma associativa.

3. Si definisce attività libero professionale:
a) strutturata, quella espletata in forma organizzata e continuata che comporta un impegno orario settimanale definito;
b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso.

4. Al fine di eventuali limitazioni di massimale e per il rispetto di quanto previsto dal presente Accordo, il medico che eserciti libera professione strutturata è tenuto a comunicare entro 30 giorni dal suo avvio le seguenti modalità di esercizio dell'attività libero professionale:
a) la data di avvio;
b) l'ubicazione dello studio professionale e/o l'azienda presso la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata;
c) i giorni e gli orari di attività;
d) le prestazioni di cui al comma 9 che intende espletare;
e) la dichiarazione che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.

5. L'attività libero professionale strutturata e occasionale, non deve recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio e al domicilio del paziente.

6. L'attività libero professionale strutturata quando comporta un impegno orario inferiore alle 5 ore settimanali entro i limiti previsti dal comma 5, non comporta la limitazione del massimale stabilita dal comma 4 dell'art. 25.

7. Tale limitazione, pari a 37,5 scelte per ogni ora, interviene quando l'impegno orario settimanale supera il limite orario di cui al comma 6.

8. L'attività libero-professionale occasionale svolta dal medico convenzionato di assistenza primaria non può essere valutata in alcun modo ai fini della limitazione del massimale.

9. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, i medici iscritti negli elenchi possono svolgere attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti per le categorie di prestazioni di seguito specificate:
a) prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previsti dagli artt. 31 e 32, del presente accordo;
b) prestazioni professionali, anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non esplicitamente previste fra le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato D o fra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da accordi regionali od aziendali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi;
c) prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive;
d) prestazioni specialistiche inerenti la specializzazione posseduta;
e) prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza.

10. Il medico che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da accordi regionali o aziendali, sulla base di quanto previsto dal precedente art. 32, non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, pena l'applicazione dell'art. 6 comma 2 del presente Accordo.

11. Ai fini di quanto previsto dal precedente comma 10, l'Azienda richiede al medico, all'atto dell'avvio delle progettualità di cui all'articolo 32, idonea dichiarazione di disponibilità allo svolgimento delle attività aggiuntive previste dagli specifici progetti assistenziali avviati.

12. Ai medici che non esercitano attività libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti è riconosciuto il diritto di accesso preferenziale agli istituti normativi incentivati previsti dal presente Accordo.

13. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di assistenza primaria può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 45 - Trattamento economico

1. Premesso che il "Programma delle attività territoriali" comprende, come previsto dall'art. 3-quater del D.L.vo n. 502/92, e successive modifiche, anche l'erogazione della medicina generale e specifica le prestazioni ed attività di competenza della stessa risultanti dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali, il trattamento economico dei medici convenzionati per l'assistenza primaria, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del suddetto decreto legislativo, si articola in :

a) quota fissa capitaria, per quanto stabilito all'art. 31, articolata in onorario professionale, compenso aggiuntivo, concorso nelle spese per l'erogazione delle prestazioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale;

b) quota variabile finalizzata al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale, regionale e aziendale, compreso il rispetto dei livelli di spesa programmati: medicina associata, indennità di piena disponibilità, indennità di collaborazione informatica, indennità di collaboratore di studio medico e indennità di personale infermieristico;

c) quota variabile in considerazione dei compensi funzionali alla realizzazione della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale stabiliti :

- dal presente accordo: prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D", assistenza programmata di cui agli allegati "G", Assistenza domiciliare programmata, ed "H", Assistenza domiciliare integrata;
- dagli accordi regionali ed aziendali: assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

2. Le Regioni, mediante accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, possono concordare, nell'ambito della quota variabile di cui alla lettera c) e con le procedure di cui al Capo VI, livelli assistenziali aggiuntivi, programmi e progetti avanzati rispetto a quanto previsto del presente Accordo, finalizzati allo sviluppo qualitativo degli interventi territoriali.

A - QUOTA FISSA CAPITARIA

A1 – ONORARIO PROFESSIONALE.

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo, come dalla seguente tabella, distinto secondo l'anzianità di laurea del medico.

ANZIANITA DI LAUREA	Compenso forfetario	
	01.01.99	01.01.2000
da 0 a 6 anni	44.795	45.422
oltre 6 fino a 13 anni	47.837	48.507
oltre 13 fino a 20 anni	51.009	51.723
oltre 20 anni	54.178	54.937
oltre 27 anni	56.293	57.082

2. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età è corrisposto un ulteriore compenso forfetario annuo pari a lire 30.000, a decorrere dallo 01.01.2000. Per le vaccinazioni antinfluenzali effettuate a tali soggetti, debitamente documentate come da Allegato D, è corrisposto un compenso pari al 50% della tariffa prevista dal nomenclatore tariffario lettera B n. 4, del medesimo Allegato D.

3. In considerazione dei compiti di cui all'art. 31, comma 3, è corrisposto un compenso capitario annuo per assistito pari a lire 2.800, a decorrere dallo 01.01.2000.

4. Per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni effettuate dalla data di pubblicazione del presente Accordo è corrisposto un ulteriore compenso capitario annuale di lire 35.000.

A2 – COMPENSO AGGIUNTIVO

1. Ai medici iscritti negli elenchi della assistenza primaria sono attribuite quote mensili determinate con i criteri di cui alla lettera F dell'art. 41, D.P.R. 314/90.

2. Il compenso, nella misura corrisposta al 31 dicembre 1997, è incrementato dal 1.1.99 del 2,3%, dal 1.1.2000 del 1,4%, moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico per ciascun mese, con il tetto massimo di 1.500

scelte o della quota individuale. Le percentuali vengono applicate sulla base dell'importo rivalutato con la percentuale precedente.

3. Nulla è dovuto a titolo di compenso aggiuntivo per gli assistiti oltre il massimale individuale.

A3 – CONCORSO NELLE SPESE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO.

1. Ai medici che svolgono compiti di assistenza primaria, è corrisposto un concorso forfetario per le spese sostenute in relazione alle attività professionali ed in particolare per la disponibilità dello studio medico conforme alle prescrizioni dell'art. 22, per la disponibilità del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

2. Per ciascun assistito in carico è corrisposto un concorso forfetario annuo risultante dalla tabella che segue:

CONCORSO SPESE PER LA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Dal 01.01.99	Dal 01.01.2000
Per i primi 500 assistiti	20.166	20.448
Per gli assistiti da 501 al massimale o quota individuale	12.926	13.107

3. Il contributo compete in misura ridotta quando il medico ritenga di avvalersi per l'espletamento degli obblighi convenzionali, di servizi e personale di collaborazione forniti dalla Azienda, sulla base di accordi da stipularsi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale entro 90 giorni dalla pubblicazione dell'Accordo

4. Il concorso nelle spese viene erogato dalla Azienda in rate mensili.

5. Nulla è dovuto a titolo di concorso spese per assistiti oltre il massimale o la quota individuale.

B – QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE

B1 – INDENNITA' DI PIENA DISPONIBILITA'.

1. Ai sanitari che svolgono in modo esclusivo, salva la libera professione di cui all'art. 44, attività di medico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo, spetta per ciascuno assistito in carico e fino alla concorrenza del massimale di 1.500 scelte, una indennità annua, nelle seguenti misure:

Per i primi 500 assistiti:

ANZIANITA DI LAUREA	Compenso forfetario	
	01.01.99	01.01.2000
da 0 a 6 anni	3.735	3.787
oltre 6 fino a 13 anni	3.973	4.028
oltre 13 fino a 20 anni	4.219	4.278
oltre 20 anni	4.464	4.526
oltre 27 anni	4.702	4.767

Per gli assistiti da 501 a 1.500

ANZIANITA DI LAUREA	Compenso forfetario	
	01.01.99	01.01.2000
Da 0 a 6 anni	3.455	3.503
Oltre 6 fino a 13 anni	3.693	3.744
Oltre 13 fino a 20 anni	3.938	3.993
Oltre 20 anni	4.184	4.242
Oltre 27 anni	4.407	4.468

2. I medici titolari di rapporti nell'ambito delle attività territoriali programmate, della medicina dei servizi, di continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, di quelli medico-generici di ambulatorio di cui alla norma finale annessa all'accordo con gli specialisti ambulatoriali, nonché di rapporti intrattenuti con il Ministero della Sanità per l'erogazione dell'assistenza medico-generica a questo demandata dalla Legge n. 833/78, debbono optare tra l'indennità di cui sopra e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo in base alle rispettive normative.

B2 – MEDICINA ASSOCIATA.

1. A decorrere dal 1.1.2000, ai medici di assistenza primaria, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, nell'ambito di una percentuale minima di riferimento del 6% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 40, comma 9 del presente Accordo, è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 9.000. Ai medici che già percepivano le quote capitarie per l'esercizio della medicina di gruppo previste dall'art. 45 del D.P.R. n. 484/96, è corrisposto, sulla maggiorazione spettante per la medicina di gruppo un incremento del 2,3% dal 1.1.1999 al 31.12.1999.

2. A decorrere dal 1.1.2000 ai medici di assistenza primaria, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, nell'ambito di una percentuale minima di riferimento del 7% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12 che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in rete ai sensi dell'art. 40, comma 8 del presente Accordo, è dovuto un compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 7.000.

3. A decorrere dal 1.1.2000 ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 40% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in associazione ai sensi dell'art. 40, comma 7, del presente Accordo è dovuto un compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 5.000.

B3 – INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA.

1. Dalla data di pubblicazione del presente Accordo ai medici che assicurano nel proprio studio mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di lire 150.000. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza.

2. A decorrere dal 1.1.1999 e fino al 31.12.1999 la indennità di collaborazione informatica corrisposta ai sensi dell'art. 45, comma 3, lettera I, del D.P.R. n. 484/96, è di lire 102.300 mensili. A decorrere dal 1.1.2000 e fino alla data di pubblicazione del presente Accordo, è di lire 103.750.

B4 – INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO MEDICO.

1. Ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 25% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio o comunque utilizzato secondo le normative vigenti, è corrisposta, con decorrenza 1.1.2000, un'indennità annua nella misura di lire 5.000 per assistito in carico fino al massimale o quota individuale, determinando, sulla base di accordi regionali, l'ammontare dell'indennità spettante a ciascun medico in caso di lavoro associato e l'eventuale incremento in relazione alla attivazione di compiti e modelli organizzativi sperimentali. Per il periodo dal 1.1.1999 al 31.12.1999 sull'indennità già percepita ai sensi dell'art. 45, comma 3, lettera L, del D.P.R. n. 484/96 è corrisposto un importo annuale di lire 55 per assistito.

B5 – INDENNITA' DI PERSONALE INFERMIERISTICO.

1. Ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 5% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio e comunque utilizzato secondo le normative vigenti, è corrisposta un'indennità annua nella misura di lire 6.000 per assistito in carico fino al massimale o quota individuale, determinando, sulla base di accordi regionali, l'ammontare dell'indennità spettante a ciascun medico in caso di lavoro associato e l'eventuale incremento in relazione alla attivazione di compiti e modelli organizzativi sperimentali.

B6 - PROGRAMMI DI ATTIVITA' E LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI.

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 31, comma 3, lettera d), le Regioni possono individuare ulteriori appositi finanziamenti per compensi a quota variabile per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al rispetto di livelli programmati di spesa.

2. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei medici di medicina generale sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto integrato che costituisce il supporto tecnico del livello di spesa programmato.

3. I progetti a livello di spesa programmata devono comunque essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse.

4. I progetti a livello di spesa programmata devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

C - QUOTA VARIABILE PER COMPENSI RELATIVI A PRESTAZIONI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE DEI LIVELLI ASSISTENZIALI PREVISTI DALLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE, REGIONALE, AZIENDALE.

C1 – ACCORDO NAZIONALE.

1. Prestazioni aggiuntive. Ai medici di assistenza primaria spetta il compenso per le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D) e al relativo nomenclatore tariffario.

2. Assistenza programmata domiciliare. Ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza programmata ad assistiti non ambulabili, di cui all'art. 39, lettere a) e b), come quantificati nei protocolli allegati sotto le lettere G) ed H), e di cui allo stesso articolo lett. c), secondo quanto stabilito dagli accordi regionali. L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui sopra viene definita annualmente dalle Regioni tenendo conto degli obiettivi da raggiungere fissati dai Piani Sanitari Regionali e degli obiettivi effettivamente raggiunti, previ accordi con i Sindacati maggiormente rappresentativi. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza programmata di cui al protocollo allegato G) non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili detratto l'importo di cui alla voce spese. Sono fatti salvi i diversi accordi regionali.

C2 - ACCORDI REGIONALI

1. Assistenza nelle residenze protette e nelle collettività. Ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza domiciliare residenziale di cui all'art. 39, lettera c) effettuate con modalità definite nell'ambito di specifici Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 10.

2. Assistenza in zone disagiate. Per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai medici di assistenza primaria un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i Sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 10.

C3 – ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI. Inoltre gli accordi regionali ed aziendali con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale ed aziendale ai sensi dell'art. 10, concluse con le procedure di cui al Capo VI, possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attività, l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualità, e i relativi compensi. A titolo esemplificativo si indicano in particolare:

- Interventi aggiuntivi in dimissione protetta. Adempimenti aggiuntivi dei medici di assistenza primaria nei confronti di assistiti verso i quali sia stato attivato il regime della dimissione protetta dall'ospedale ed i rispettivi compensi.
- Prestazioni informatiche. Esecuzione di procedure ed attività informatiche previste da appositi progetti per iniziative assunte a livello regionale ed aziendale.
- Prestazioni assistenziali su progetti definiti. Compiti e prestazioni previsti da progetti assistenziali regionali aziendali ai quali i medici di assistenza primaria abbiano aderito o siano chiamati ad aderire.

- Prestazioni di medicina preventiva e di educazione sanitaria. Partecipazione a progetti di educazione sanitaria e prevenzione individuale e collettiva realizzati in ambito regionale o aziendale.
- Requisiti strutturali d'eccellenza. Disponibilità ed utilizzazione di specifici requisiti strutturali qualificanti relativi a specifiche funzioni in grado di migliorare la fruibilità delle prestazioni sanitarie, anche riducendo le difficoltà dei cittadini nell'accesso al servizio.
- Livelli di spesa programmati. Per l'adesione del medico ai progetti con livello di spesa programmato, in relazione al raggiungimento degli obiettivi programmati, sono accordati incentivi, anche in termini di servizi resi disponibili dalla Azienda.
- Visite occasionali. Può essere previsto il pagamento al medico di assistenza primaria delle visite occasionali da parte della Azienda.

2. I compensi di cui al comma 1, lettera A), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente, entro la fine del mese successivo quello di competenza.

3. I compensi di cui al comma 1, lettere B) e C) sono versati di norma mensilmente entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza.

4. Ai fini della correntezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

5. Le variazioni di retribuzione relative ai passaggi di fascia per anzianità di laurea del medico saranno effettuate una sola volta all'anno: il 1 gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

D – QUOTA ANNUALE PER IL RIENTRO NEL MASSIMALE.

1. Ai medici titolari della quota individuale di 1.800 scelte è corrisposta, per un periodo di 4 anni, una quota annuale omnicomprensiva di lire 32.000 per ogni scelta revocata dall'assistito o d'ufficio fino al rientro nel massimale di 1.500 scelte, più l'aggiunta di 75 scelte in deroga come previsto dall'art. 26, comma 9.

2. Rimane fermo il divieto di acquisire scelte, anche in deroga, fino al raggiungimento di un numero di scelte inferiore a 1.575.

Art. 46 - Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia.

1. Per i medici iscritti negli elenchi della medicina generale viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al 2° comma del punto 6 dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 13% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui l'8,125% a carico dell'Azienda e il 4.875% a carico del medico.

2. I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

3. Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto della legge 379/90, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36% (zero virgola trentasei per cento) dei compensi relativi alle lettere A1 e A2 dell'art. 45 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

4. Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'ENPAM il contributo per l'assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla Compagnia assicuratrice con la quale i sindacati maggiormente rappresentativi avranno provveduto, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, a stipulare apposito contratto di assicurazione mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica.

Art. 47 - Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'Azienda.

: dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza medica generale di base ha la responsabilità e cede al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

I medici convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato alla presente convenzione.

CAPO III

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

CAPO III
LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Art. 48 - Criteri generali

1. La continuità assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui all'art. 14.

2. Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, la stessa si realizza assicurando, per le urgenze notturne, festive e prefestive, interventi domiciliari e territoriali, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

3. La continuità assistenziale è organizzata nell'ambito della programmazione regionale ed è strutturata, a livello locale, dalla Azienda competente per territorio, secondo le disposizioni di cui ai successivi commi.

4. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi stabilita dalle aziende nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale e in osservanza del Programma delle attività distrettuali che prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta, le attività di continuità assistenziale, garantite nel distretto ai sensi dell'art. 3-quinquies, comma 1, lettera a) del decreto citato, sono assicurate:
a) da medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli seguenti del presente Capo;
b) da gruppi di medici, anche organizzati in forme associative, convenzionati per la medicina generale per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore, in zone territoriali definite;
c) da un singolo convenzionato per la medicina generale residente nella zona anche in forma di disponibilità domiciliare.

5. I compensi sono corrisposti dall'Azienda a ciascun medico che svolge l'attività, nelle forme di cui al comma 4 lettere b) e c), anche mediante il pagamento per gli assistiti in carico di una quota capitaria aggiuntiva definita dalla contrattazione regionale, e rapportata a ciascun turno effettuato, salvo quanto previsto dagli articoli seguenti.

6. Gli accordi regionali possono prevedere che le Aziende stipulino apposite convenzioni con i medici di cui al comma 4 lett. b) e c).

Art. 49 – Attribuzione degli incarichi di Continuità Assistenziale.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende.

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dal precedente comma 1:
a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in Aziende di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre anni dell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 500 e 266. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

3. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti carenti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/1 o Q/4.

4. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L". La situazione di incompatibilità deve cessare nei termini di cui all'art. 4, comma 8.

5. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti i medici di cui alla lettera b) del comma 2 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;
b) attribuzione di punti 5 a coloro che, nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
c) attribuzione di punti 15 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

6. Le graduatorie di cui al precedente comma 5 vengono formulate sulla base dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

7. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato Regionale alla Sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 20 giorni dalla data di invio della convocazione.

8. La Regione interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 2 in base alla anzianità di servizio effettivo in qualità di incaricato a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale o ex-guardia medica; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 2 in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al precedente comma 5 e sulla base del disposto di cui al comma 6 e 7 dell'articolo 3 del presente Accordo.

9. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 2, lettera a) è determinata sommando:
a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica in qualità di incaricato a tempo indeterminato;
b) l'anzianità di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica nell'incarico di provenienza, ancorché già valutata ai sensi della lettera a).

10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

11. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o raccomandata con ricevuta di ritorno, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.

12. La Regione, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, comunica gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

13. Se il medico incaricato è proveniente da altra Regione, l'Azienda comunica all'Assessorato alla sanità della regione di provenienza e a quello del luogo di residenza, ove non coincidenti, l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e per gli effetti di cui al successivo comma 16.

14. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

15. E' cancellato dalla graduatoria regionale ai soli fini degli incarichi di continuità assistenziale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.

16. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al comma 2, lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza.

17. La Regione può assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti della stessa previsti dal presente articolo.

Art. 50 - Massimali

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un minimo di 12 ed un massimo di 24 ore settimanali, più un plus orario di 4 ore settimanali, e presso una sola Azienda.

2. L'incarico non è conferibile o cessa nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la medicina generale o per la pediatria di libera scelta che detenga:
a) un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 501 o 267 scelte con incarico per 24 ore settimanali;
a) un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 650 o 346 scelte con incarico per 12 ore settimanali.

3. La cessazione dell'incarico o la variazione del relativo orario di cui al comma 2 ha effetto dal mese successivo a quello in cui si determina il superamento del numero di scelte compatibile.

4. Ai fini di cui al precedente comma 3 la Azienda è tenuta a contestare al medico il raggiungimento del limite di scelte previsto dal comma 2 nel mese in cui tale situazione si determina.

5. Le situazioni di incompatibilità sono quelle stabilite dalle vigenti norme di legge e dall'art. 4 del presente Accordo.

6. Prima di esperire la procedura per il conferimento degli incarichi, gli orari disponibili nell'ambito del servizio di continuità assistenziale vengono comunicati ed assegnati ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato, ai sensi del presente capo, secondo l'ordine di anzianità di incarico nella stessa Azienda e, in caso di parità, secondo l'anzianità di laurea, fino a concorrenza del massimale orario.

7. L'orario complessivo dell'incarico a tempo indeterminato e quello risultante da altre attività compatibili non può superare le 38 ore settimanali. Qualora il limite delle 38 ore risulti superato, l'incarico di continuità assistenziale è ridotto in misura uguale all'eccedenza.

8. Il medico decade dall'incarico qualora:
- insorga una situazione di incompatibilità;
- lo svolgimento di altre attività compatibili non consenta un incarico minimo di 12 ore settimanali.

9. Ai fini di quanto disposto dal comma 8, la Azienda contesta al medico la situazione di incompatibilità entro 30 giorni dalla sua rilevazione.

10. Il disposto di cui al comma 8 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale la Azienda effettua al medico la contestazione di incompatibilità.

Art. 51 – Libera professione

La libera professione può essere esercitata al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.

3. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di continuità assistenziale può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni..

Art. 52 - Compiti del medico

1. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti.

2. Il medico è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro. In particolari situazioni di necessità, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali.

3. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore.

4. In relazione a particolari esigenze dei medici, specie nel periodo estivo, può essere concordata con l'Azienda la concentrazione in un solo mese dell'orario di attività che i singoli medici dovrebbero svolgere nel corso di due mesi consecutivi; per i medici che svolgono almeno 36 ore di attività settimanale ai sensi dell'art. 50 può consentirsi il recupero mediante la concentrazione nell'arco di tre mesi non consecutivi dell'orario che i medici dovrebbero svolgere nel corso di 3 mesi consecutivi. Tale accorpamento, che non comporta variazione nei pagamenti mensili, può essere consentito, peraltro, solo se vengono garantite le ordinarie esigenze di servizio attraverso reciproche sostituzioni tra i medici titolari di incarico interessati.

5. Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto:
a - nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;
b - generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito (nel caso che sia persona diversa);
c - ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;
d - ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato.

6. Il medico utilizza, solo a favore degli utenti registrati, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura "Servizio continuità assistenziale", fornitogli dalla Azienda per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di 3 giorni, le prescrizioni farmaceutiche per una terapia d'urgenza e per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore.

7. Il medico in servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno, anche per esigenze di servizio, spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.

8. Il medico di continuità assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il servizio di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso.

9. Il medico in servizio di continuità assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al nomenclatore tariffario dell'Allegato D, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero.

10. Le prestazioni di cui al precedente comma 9 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.

11. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:
- l'adesione alla sperimentazione dell'équipes territoriali di cui all'art. 15;
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 31 comma 3;
- la segnalazione personale diretta al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza, oltre a quanto previsto dall'art. 54.

12. Il medico di continuità assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso analogamente agli altri medici di medicina generale che partecipano a tali attività.

Art. 53 - Competenze delle Aziende

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale di pronto soccorso, necessari all'effettuazione degli interventi di urgenza individuati in sede regionale sentito il comitato di cui all'art. 12; in mancanza l'Azienda provvede tenendo conto delle indicazioni del comitato di cui all'art. 11.

2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, dotati di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.

3. La Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica, le sedi di attività, nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra.

4. L'Azienda provvede altresì:
a) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di radiotelefono e di strumenti acustici e visivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate presso le centrali operative;
c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici di continuità assistenziale.

Art. 54 - Rapporti con il medico di fiducia e le strutture sanitarie

1. Il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (allegato "M"), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

2. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.

3. Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e - se del caso - la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare.

4. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentano caratteristiche di urgenza.

Art. 55 - Sostituzioni e incarichi provvisori.

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile, indicato dalla Azienda, che provvede alla sostituzione.

2. L'Azienda, per sostituzioni superiori a 9 giorni, conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria regionale vigente di medicina generale, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.

3. L'incarico di sostituzione non può essere superiore a tre mesi. Un ulteriore incarico può essere conferito presso la stessa o altra Azienda solo dopo una interruzione di almeno 0 giorni. L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato.

4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 49, l'Azienda può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi 2 e 3.

5. Per le sostituzioni inferiori a 10 giorni la Azienda organizza turni di reperibilità oraria e utilizza i medici in reperibilità.

6. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio della Azienda la impossibilità di assicurare l'attività, qualora non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il medico in reperibilità oraria perché lo sostituisca.

7. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 5 e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 11, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

8. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalità di cui ai commi 2 e 3.

Art. 56 – **Organizzazione della reperibilità.**

1. L'Azienda organizza turni di reperibilità domiciliare nei seguenti orari:
dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;
dalle ore 9,00 alle 10,30 dei soli giorni prefestivi;
dalle ore 7,00 alle 8,30 dei soli giorni festivi.

2. A tale scopo, all'atto del recepimento della graduatoria annuale definitiva, ciascuna Azienda individua - nell'ambito della medesima - i nominativi di tutti quei medici, residenti nell'Azienda e in subordine nelle Aziende confinanti, che abbiano dato la loro disponibilità ad effettuare i turni di reperibilità predetti.

3. L'Azienda provvede quindi, preferibilmente periodicamente - utilizzando i medici sopra individuati, in ordine di graduatoria - a predisporre i turni di reperibilità domiciliare. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può superare il numero dei medici previsti in guardia attiva nel turno corrispondente.

4. Qualora non vi siano medici in graduatoria, la Azienda può organizzare il servizio con i medici già convenzionati di continuità assistenziale, che si dichiarano disponibili.

5. L'Azienda fornisce, quindi, a tutti i medici addetti al servizio di continuità assistenziale copia dell'elenco dei medici reperibili, contenente il recapito presso cui ciascuno di essi può essere reperito ed i turni che gli sono stati assegnati.

6. Il medico in turno di reperibilità che non sia rintracciato al recapito da lui indicato, viene escluso dai turni, con effetto immediato, salvo che il mancato reperimento sia dovuto a gravi e giustificati motivi.

7. Le ore effettuate in reperibilità domiciliare sono valutabili ai fini delle graduatorie regionali con il punteggio di cui all'art. 3.

8. Quando nelle Aziende non sia possibile, per cause eccezionali, utilizzare il sistema di reperibilità, è consentito, in caso di impedimento improvviso, che il titolare si faccia sostituire da altro titolare purché ne dia immediata preventiva comunicazione alle Aziende o in caso di oggettiva impossibilità al massimo entro il giorno successivo.

9. La sostituzione di cui al comma precedente può avvenire una sola volta nell'arco di un mese e non può avere durata superiore all'orario massimo settimanale di 24 ore.

Art. 57 – Trattamento economico

I compensi per ogni ora di attività svolta ai sensi dell'art. 48 sono stabiliti secondo la seguente tabella:

	01.01.99	01.01. 2000
onorario professionale	20.123	20.405
incremento quadriennale	646	656
indennità piena disponibilità	2.610	2.646
Incremento quadriennale i.p.d.	317	322

2. L'onorario professionale è incrementato, per ogni ora di attività, dell'importo indicato in tabella al compimento di ogni quadriennio di anzianità di laurea dal primo giorno del mese successivo.

3. L'indennità di piena disponibilità spetta al medico che svolge esclusivamente attività di continuità assistenziale, ad eccezione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi e della libera professione di cui all'art. 51. Tali medici debbono optare tra l'indennità di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo; l'indennità è incrementata dell'importo indicato in tabella per ogni quadriennio di anzianità di laurea. dal primo giorno del mese successivo.

4. Il compenso aggiuntivo, è corrisposto con i criteri di cui all'art. 17, comma 1, lett. d, del D.P.R. n. 41/91. I compensi sono determinati nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, salvi gli incrementi di cui al presente accordo, come specificato all'art. 45, lettera A2, comma 2.

5. Per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 52, commi 8 e 11, è corrisposto al medico un compenso per ogni ora di incarico pari a lire 1.713, con decorrenza 01.01.2000. Al medico spettano eventuali quote variabili per prestazioni o attività aggiuntive previste dagli accordi regionali.

6. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un'indennità pari al costo di un litro di benzina super per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.

7. Su tutti i compensi di cui al comma 1, e al comma 4, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 13% di cui l'8,125% a proprio carico e il 4.875% a carico del medico.

8. L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalità di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare delle voci onorario professionale e compenso aggiuntivo, comma 4, affinché questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio e infortunio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/90.

9. I compensi, indipendentemente dalle modalità attraverso le quali viene assicurata la continuità assistenziale, sono corrisposti dalla Azienda direttamente al medico che svolge l'attività.

Art. 58 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, sempre ché l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.

2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
a) lire 1,5 miliardi per morte od invalidità permanente;
b) lire 100.000 giornaliere per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

Art. 59 – Assistenza ai turisti.

1. Sulla base di apposite determinazioni assunte a livello regionale, le Aziende nel cui territorio si trovano località di notevole afflusso turistico possono organizzare – limitatamente al periodo in cui, di norma, si riscontra il maggior numero di presenze giornaliere - un servizio stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.

2. Gli incarichi a tal fine conferiti non possono in ogni caso superare la durata di tre mesi e non possono essere attribuiti a medici già titolari di altro incarico o rapporto convenzionale.

3. Il trattamento economico è definito sulla base di intese regionali con sindacati firmatari maggiormente rappresentativi.

CAPO IV

LE ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

CAPO IV
LE ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

Art. 60 - Attività programmate.

1. L'Azienda, per lo svolgimento nei distretti di attività territoriali programmate, può utilizzare, per periodi non superiori a 6 mesi nell'arco di un anno, medici di medicina generale, secondo l'ordine delle seguenti priorità:
a - medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
b - medici convenzionati per la continuità assistenziale con 12 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianità d'incarico;
c - medici convenzionati per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianità di incarico;
d – medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
e - medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2.

2. Non è utilizzabile il medico che esercita più di una delle attività disciplinate dal presente accordo o che svolga altre attività presso soggetti pubblici o privati.

3. L'attività non può superare le 12 ore settimanali.

4. L'Azienda interpella il medico secondo l'ordine di priorità indicato al comma 1, indicando il tipo e la data di inizio della attività, l'ubicazione della sede o delle sedi, l'orario di lavoro e la durata dell'attività, mediante raccomandata postale con avviso di ricevimento o mediante comunicazione scritta interna alla Azienda, da cui deve risultare il ricevimento da parte dell'interessato con firma e data su una copia.

5. Il medico interpellato è invitato contestualmente a presentarsi entro 5 giorni per l'accettazione. La mancata presentazione entro il termine stabilito è considerata come rinuncia. L'assegnazione dell'attività deve risultare da provvedimento del Direttore generale.

6. Il medico osserva le direttive organizzative emanate dal sanitario del distretto responsabile per le attività territoriali programmate ed è tenuto a collaborare per il corretto svolgimento delle attività.

Art. 61 - Compenso

1. Le prestazioni ed attività sono effettuate secondo modalità organizzative, normative e compensi, comprensivi dei contributi ENPAM, concordati dalle Regioni con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale.

2. I compensi vengono corrisposti il mese successivo allo svolgimento dell'attività.

CAPO V

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

CAPO V
L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Art. 62– Generalità e campo di applicazione.

1. Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, l'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente ed in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e dell'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.5.96.

Art. 63 – Individuazione e attribuzione degli incarichi.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicarsi ai fini della successiva copertura.

2. Individuata la vacanza di incarico, la Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

3. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria Territoriale, come individuati al precedente comma 1.

4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dai precedenti commi:
a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:
b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al capo III;
b2) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

5. I medici concorrenti devono essere in possesso, per accedere ai servizi di emergenza sanitaria territoriale, dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 22, comma 5, del D.P.R. n. 292/87, dall'art. 22 del D.P.R. n. 41/91 o dall'art. 66 del D.P.R. n. 484/96 e dall'art. 66 del presente accordo.

6. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/2 o Q/5.

7. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L". Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico.

8. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti i medici di cui al punto b3), lettera b), comma 4 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;
b) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
c) attribuzione di punti 15 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

9. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

10. L'Azienda provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

11. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 4 in base alla anzianità di servizio: laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 4, lettere b1) e b2) secondo l'anzianità di servizio, e b3) in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 8.

12. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 4, lettera a) è determinata sommando:
a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale;
b) l'anzianità di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorché già computato nell'anzianità di cui alla lettera a).
I periodi di assenza per gravidanza, puerperio, malattia o infortunio sono considerati servizio effettivo ai sensi del presente comma.

13. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

14. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile, a cui il medico ha titolo in base alle priorità, tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.

15. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

16. La Regione, sentito il comitato di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

17. E' cancellato dalla graduatoria regionale, ai soli fini degli incarichi concernenti la emergenza sanitaria territoriale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.

18. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al precedente comma 4 lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

Art. 64 – Massimale orario.

1.Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda, e comportano l'esclusività del rapporto.

2. L'Azienda, eccezionalmente e per un massimo di mesi otto non rinnovabili, può conferire incarichi provvisori ai sensi dell'art. 67, comma 3, oltre che per 38 ore settimanali, anche a tempo parziale per 24 ore settimanali: in tale caso lo svolgimento di altre attività compatibili comporta la riduzione di queste in misura corrispondente all'eccedenza. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in relazione ad obiettive difficoltà di organizzazione del servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale.

3. L'orario complessivo dell'incarico a tempo parziale di cui al precedente comma e quello risultante da altre attività orarie compatibili non può superare le 38 ore settimanali.

4. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Un ulteriore turno di servizio non può essere iniziato prima che siano trascorse 12 ore dalla fine del turno precedente.

5. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa può superare le 12 ore, ma mai comunque le 15 ore.

6. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi.

Art. 65 – Compiti del medico – Libera professione

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con la quota fissa oraria:
a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze;
c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;
d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

2. I medici di cui al comma precedente possono inoltre, sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali:
a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende sanitarie e nelle strutture di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda stessa facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;
b) essere utilizzati per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;
d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa ed ala rotante.

3. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale non medico del servizio.

4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale in possesso del titolo di animatore di formazione possono essere attribuiti anche compiti di formazione e aggiornamento del personale medico del servizio.

5. Sulla base di apposita programmazione regionale e aziendale i medici dell'emergenza possono partecipare, secondo accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.

6. Il medico addetto alla centrale operativa deve essere fisicamente presente al suo posto durante il turno di servizio.

7. Il medico in turno di servizio assistenziale deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.

8. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'art. 68.

9. Il medico incaricato per le attività di emergenza sanitaria territoriale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in tal senso.

Art. 66 - Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo precedente i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi.

2. Le Regioni formulano, con i criteri di cui all'art. 8, comma 1 e tenendo conto delle linee guida previste dall'Allegato del presente Accordo, il programma di un apposito corso di formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico.

3. Le Aziende di norma quantificano entro il 30 giugno dell'anno precedente il proprio fabbisogno di personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi, sostituzioni e reperibilità) dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre uno o più corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicità sul Bollettino ufficiale regionale.

4. Ai corsi partecipano, i medici già incaricati nei servizi di continuità assistenziale residenti nella stessa Azienda secondo l'anzianità di incarico: in carenza di medici disponibili possono partecipare ai corsi i medici incaricati di continuità assistenziale residenti in Aziende limitrofe, secondo l'anzianità di incarico.

5. In caso di mancanza di medici disponibili alla frequenza del corso di idoneità alle attività di emergenza sanitaria territoriale tra quelli aventi diritto ai sensi del comma 4, la Azienda può ammettere al corso un numero di medici incaricati di continuità assistenziale in ambito regionale pari ai relativi posti vacanti e secondo l'anzianità di incarico.

6. Qualora, dopo aver individuato gli aventi titolo ai sensi dei commi precedenti, sussista una ulteriore disponibilità di posti, questi vengono assegnati secondo l'ordine della graduatoria regionale.

7. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende unità sanitarie locali.

Art. 67 – Sostituzioni, incarichi provvisori - Reperibilità

1. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio della Azienda la impossibilità di assicurare l'attività durante il turno previsto, qualora egli non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il responsabile della centrale operativa affinché, utilizzando la lista di cui al comma 11, provveda alla sostituzione.

2. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall'articolo 5, deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda con incarico provvisorio.

3. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, l'Azienda può conferire incarichi provvisori, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 5. L'incarico provvisorio non può essere superiore a otto mesi. Un ulteriore incarico può essere conferito presso la stessa Azienda allo stesso medico solo dopo una interruzione di almeno 30 giorni dalla cessazione del precedente incarico provvisorio di emergenza sanitaria. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.

4. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi provvisori della durata massima di mesi sei non rinnovabili, a medici inseriti nella graduatoria regionale in possesso dell'attestato di cui all'art. 63, comma 5.

5. Gli incarichi provvisori conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti commi 3 e 4, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella vigente graduatoria in possesso dell'attestato di cui all'art. 63 comma 5, e secondo l'ordine delle stesse, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.

6. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalità di cui al precedente comma 5.

7. Considerate le peculiarità del servizio di emergenza territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, in ogni centrale operativa, almeno un medico del servizio di emergenza è, a rotazione, tenuto in reperibilità domiciliare per turni di 12 ore.

8. L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilità eccedenti il numero di 4 vengono retribuiti mediante accordi regionali.

9. Ulteriori reperibilità possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del servizio.

10. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi eventuali differenti accordi regionali già in essere all'atto della pubblicazione del presente Accordo.

11. L'Azienda Sanitaria Locale fornisce alla centrale operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, comprensiva del relativo indirizzo e del recapito telefonico presso cui ciascuno può essere reperito ed i turni ad essi assegnati.

Art. 68 -
Trattamento economico – Riposo annuale - Assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico.

1. Per compiti di cui all'art. 65, comma 1 ai medici addetti ai servizi di emergenza sanitaria territoriale spettano i compensi per ogni ora di attività secondo la seguente tabella:

	01.01.99	01.01. 2000
onorario professionale	20.123	20.405
incremento quadriennale	646	656
indennità piena disponibilità	2.610	2.646
Incremento quadriennale i.p.d.	317	322

2. L'onorario professionale è incrementato, per ogni ora di attività, dell'importo indicato in tabella al compimento di ogni quadriennio di anzianità di laurea dal primo giorno del mese successivo.

3. L'indennità di piena disponibilità spetta al medico che svolge esclusivamente attività di emergenza sanitaria territoriale ad eccezione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi e della libera professione di cui all'art. 65. Tali medici debbono optare tra l'indennità di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo; l'indennità è incrementata dell'importo indicato in tabella per ogni quadriennio di anzianità di laurea. dal primo giorno del mese successivo.

4. Il compenso aggiuntivo è corrisposto con i criteri di cui all'art. 17, comma 1, lett. d, del D.P.R. n. 41/91. I compensi sono determinati nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, salvi gli incrementi di cui al presente accordo, come specificato all'art. 45. lettera A2 comma 2.

5. Per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 67, comma 8, è corrisposto al medico un compenso per ogni ora di incarico pari a lire 1.713, con decorrenza 1.1.2000.

6. Gli accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 65, commi 2, 3, 4, e 5 nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle attività relative agli accordi medesimi.

7. Su tutti i compensi di cui al comma 1, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 13% di cui l'8,125% a proprio carico e il 4.875% a carico del medico.

8. L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalità di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare delle voci onorario professionale e compenso aggiuntivo, di cui ai commi 1 e 4, affinché questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio e infortunio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/90.

9. I compensi sono corrisposti dalla Azienda direttamente al medico che svolge l'attività.

10. Al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi, da fruirsi per 11 giorni a scelta da parte del medico e per i restanti 10 su indicazione dell'Azienda sulla base delle esigenze di servizio, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale.
Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il periodo di riposo annuale è commisurato alla durata dell'incarico.

11. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché in occasione dello svolgimento di attività intra-moenia ai sensi dell'art. 65 del presente Accordo.

12. La copertura assicurativa di cui al comma 11 è estesa anche ai danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.

13. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
   a. lire 1,5 miliardo per morte od invalidità permanente;
   b. lire 100.000 giornaliere per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.

14. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

15. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto.

CAPO VI

GLI ACCORDI REGIONALI

CAPO VI
GLI ACCORDI REGIONALI

Art. 69 - Ambiti convenzionali di livello regionale

1. Gli Accordi regionali di cui all'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle regioni rispetto a quelli dell'Accordo collettivo nazionale e coerenti con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

2. Gli accordi regionali, definiscono i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale:
a) in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale;
b) in forma associativa complessa ed integrata;
c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.

3. Nell'ambito degli Accordi di cui al presente Capo, le Regioni definiscono ed indicano le modalità tecnico-organizzative per l'armonizzazione delle attività di medicina generale assicurate dalle diverse Aziende.

4. La armonizzazione dell'attività delle diverse Aziende assume particolare rilievo riguardo alla realizzazione di azioni programmatiche e progetti assistenziali mirati, oltre che di specifici interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria, particolarmente per quelli che interessano cittadini assistiti da medici operanti nello stesso comune e iscritti negli elenchi di Aziende diverse.

Art. 70 - Prestazioni e attività aggiuntive

Gli accordi regionali possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazio- tra interventi sanitari e sociali, per:
- interventi sanitari relativi all'età anziana, con la formulazione del piano assistenziale, compresa la parte riabilitativa e compilazione di una scheda di rilevazione dei bisogni degli anziani a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e elle collettività;
- assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali, in un rapporto coordinato e secondo linee guida professionali definite a livello nazionale o regionale;
c - processi assistenziali riguardanti patologie sociali secondo protocolli che definiscono le attività del medico generale e i casi di ricorso al livello specialistico (diabete, ipertensione, forme invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma, forme neurologiche, ecc.);
d - assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale, anche in forma sperimentale con particolare riguardo alle cure palliative;
e - sperimentazione di iniziative di telemedicina (telesoccorso, cardiotelefono, teleconsulto ecc.);
f - partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale (es. progetti obiettivo) coinvolgenti il medico generale per prestazioni non previste dall'Accordo nazionale;
g - prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato D), parte "A" e "B".

2. Gli accordi regionali possono definire linee guida di priorità in merito a:
a - iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute (attività motoria, incidenti domestici e stradali, rischio alimentare, tabagismo, alcolismo, uso di droghe, pianificazione familiare, malattie a trasmissione sessuale, cadute dell'anziano, ecc.) nei confronti di singoli soggetti o gruppi di popolazione;
b - attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione, in particolare contro i rischi oncologici (utero, seno, colonretto, melanoma ecc.), metabolici e cardiovascolari, anche mediante richiamo periodico delle persone sane.

3. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento delle seguenti attività:
a - partecipazione a procedure di verifica della qualità che, oltre a promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie, costituisca un aspetto del processo di verifica dei tetti di spesa sulla base di revisioni tra pari e applicazione di linee guida, così da determinare la eliminazione o la correzione di difetti nella erogazione delle prestazioni;
b - svolgimento di attività di ricerca epidemiologica, compresa la segnalazione di eventi sentinella e la partecipazione alla tenuta di registri per patologie, sulla base di protocolli concordati a livello regionale;
c - attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale, presidi delle Aziende ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (medico generale - specialista – servizi ospedalieri), anche a fini di ricerca epidemiologica e di management della spesa;
d - fornitura di dati sanitari, anche attraverso flussi informativi, a fini epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.

4. Gli accordi regionali devono prevedere la disciplina dell'attività didattica e tutoriale dei medici di medicina generale, con particolare riguardo alla formazione specifica in medicina generale di cui ai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256 e 17/8/99 n. 368.

Art. 71 – Associazionismo medico.

1. Gli accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative oltre a quelle previste dall'articolo 40, tra medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo.

2. Tra le forme associative sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrate che prefigurino la presenza al proprio interno di differenti figure professionali mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.

3. La sperimentazione delle forme associative, come individuate ai sensi dei precedenti commi, può prevedere:
a) la gestione da parte della associazione di locali, attrezzature e personale, forniti direttamente dalle Aziende o indirettamente attraverso accordi con altri soggetti;
b) la gestione di studi e attività professionali complesse, sulla base di appositi standard definiti a livello nazionale o regionale;
c) differenti modalità di erogazione dei compensi;
d) la dislocazione delle sedi e il collegamento funzionale tra queste.

4. La sperimentazione delle forme associative è finalizzata anche ad utilizzare l'attività di altri operatori sanitari da parte dell'associazione per erogare prestazioni ulteriori, rispetto a quelle fornite dal medico di medicina generale, in particolare:
a) assistenza specialistica di base
b) prestazioni diagnostiche;
c) assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;
d) assistenza sociale, integrata alle prestazioni sanitarie ove consentita in base alle norme regionali.

5. L'associazione può partecipare allo svolgimento delle attività e compiti previsti dagli accordi regionali di cui agli artt. 70 e 72.

Art. 72 - Programmi di attività e livelli di spesa programmati

1. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

2. Agli effetti del presente Accordo e nell'ambito di programmi aziendali e distrettuali concernenti anche il rispetto di limiti tecnici di spesa per micro e macro attività, sono definiti livelli di spesa programmati gli obiettivi da raggiungere secondo scaglionamenti e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto complessivo che costituisce il supporto tecnico-operativo del livello programmato di spesa.

3. I livelli di spesa programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

4. Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

5. Sono individuati livelli di spesa di:
a) primo grado, quando il progetto interessi microattività cliniche o gestionali distrettuali;
b) secondo grado, quando il progetto interessi macroattività cliniche o gestionali distrettuali;
c) terzo grado, quando il progetto interessi aree di attività cliniche o gestionali Aziendali.

6. I progetti a livello di spesa programmato devono comunque essere realizzati tenendo conto:
- della spesa storica corrispondente;
- dell'analisi dello spettro di popolazione di riferimento in relazione all'obiettivo proposto;
- dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;
- della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto;
- di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;
- della distinzione delle spese direttamente indotte dai medici di medicina generale e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
- dell'effetto derivante da incrementi dei costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci o introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);
- di eventuali altre disposizioni previste dagli Accordi regionali e aziendali.

7. Il progetto a livello di spesa programmato deve prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

8. Gli Accordi regionali o aziendali definiscono la tipologia degli incentivi previsti per i progetti a livello di spesa programmato (disponibilità di beni e servizi, finanziamento delle attività distrettuali, premi parziali per i medici, ecc.) e la loro eventuale articolazione all'interno del progetto.

Art. 73 – Contrattazione

1. Gli accordi regionali sono stipulati dall'organo competente secondo l'ordinamento regionale e dai sindacati maggiormente rappresentativi dei medici di medicina generale ai sensi dell'art. 10, comma 9.

2. La contrattazione per la definizione degli Accordi regionali è attivata entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale.

3. Il Presidente dell'Ordine provinciale del capoluogo di regione, o suo delegato, sottoscrive gli Accordi per gli aspetti di deontologia professionale. Qualora gli Accordi regionali non riguardino tutto l'ambito regionale ma una o alcune Aziende, i Direttori Generali partecipano alla trattativa e li sottoscrivono.

4. Eventuali rilievi da parte ordinistica all'Accordo Regionale sono effettuati entro 30 giorni dal suo ricevimento.

5. Le parti firmatarie, esaminati i rilievi mossi da parte ordinistica, riesaminano l'Accordo per le parti contestate ed assumono, ove lo ritengano opportuno, le necessarie modifiche.

6. Gli Accordi regionali sono vincolanti nei confronti dei medici convenzionati nella Regione per i compiti previsti. In alternativa può essere espressamente prevista, per altre attività, l'adesione volontaria ad iniziative specifiche contenute negli accordi.

7. Gli Accordi regionali possono prevedere, in relazione alle specificità del loro contenuto:
- il possesso di particolari requisiti da parte del medico convenzionato per la partecipazione alle attività concordate;
- l'uso da parte dei medici convenzionati di locali, attrezzature e personale fornito direttamente dalla Azienda, o mediante rapporti con terzi, o dai medici stessi;
- appositi standard di ambulatorio per le prestazioni oggetto di accordo.

8. Gli Accordi regionali devono prevedere altresì:
a) la disciplina dei rapporti tra i dirigenti delle attività distrettuali e i medici convenzionati in relazione al tipo di attività;
b) la regolamentazione dei rapporti tra gli operatori coinvolti.

Art. 74 – Compensi.

1. Gli Accordi regionali disciplinano le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal medico convenzionato, anche in forma associata, nelle seguenti forme:
a) quota capitaria annuale (es. rispetto livello di spesa programmata);
b) quota capitaria per caso trattato (es. anziani piano assistenziale e scheda bisogni);
c) a prestazione (es. prestazioni aggiuntive ulteriori, fornitura dati sanitari);
d) a compenso orario (es. didattica);
e) a compenso fisso per obiettivo (es. verifica qualità);
f) rimborso spese (es.: attivazione sistema informativo integrato).

2. Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali ed attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui al comma precedente.

3. Anche ai fini della ristrutturazione del compenso al medico, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di medici di budget virtuali o reali.

Art. 75 – La contrattazione aziendale.

1. Gli Accordi regionali di cui al presente Capo disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, da svolgersi presso il Comitato di cui all'art. 11, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica rispetto agli obiettivi generali della programmazione regionale, particolarmente in materia di:
a) ambito di riferimento;
b) tempi di riferimento;
c) obiettivi assistenziali;
d) strumenti operativi;
e) modelli di distrettualizzazione;
f) modelli di VRQ;
g) effetti temporali.

Art. 76 – Condizioni disagiate di attività professionale.

Nell'ambito degli Accordi regionali di cui al presente Capo possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale, quali, ad esempio, la frammentazione degli insediamenti abitativi nell'ambito territoriale, l'onerosità dei locali di studio, le difficoltà di percorrenza nei tragitti per le attività domiciliari.

NORME FINALI
NORME TRANSITORIE
DICHIARAZIONI A VERBALE

NORME FINALI

Norma Finale n. 1

1. I sanitari che alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente Accordo risultano iscritti negli elenchi dei medici di assistenza primaria convenzionati con le Aziende sono confermati nel rapporto convenzionale, salvi il possesso dei requisiti prescritti e l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità.

2. I medici incaricati ai sensi del D.P.R. n. 41/91 e confermati in forza dell'art. 8, comma 1 bis, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, e i medici incaricati a tempo indeterminato in base all'assegnazione delle zone carenti di continuità assistenziale, sono confermati ed utilizzati in modo integrato nell'ambito delle funzioni di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale di cui ai Capi III e V.

Norma Finale n. 2

1. Le Aziende, salvo diverse determinazioni regionali, entro 12 mesi dalla Pubblicazione del presente Accordo, nei confronti dei medici di emergenza sanitaria territoriale incaricati a tempo indeterminato per un numero di ore inferiore a 38, provvedono alla conferma per un incarico a tempo pieno, cioè a 38 ore settimanali.
Tale incremento di orario è effettuato solo qualora sia determinato dalle esigenze del servizio e nell'ordine derivante dalla anzianità dell'incarico a tempo indeterminato.

Norma Finale n. 3

1. Al fine di adeguare l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi, alla normativa prevista dall'art. 8, comma 1 e 1 bis, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato, le parti approvano il testo di cui all'Allegato "N" che costituisce la disciplina giuridica ed economica del rapporto di lavoro dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato, in sostituzione della regolamentazione prevista dall'Allegato "N" al D.P.R. n. 484/96.

2. I medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi del Capo II del D.P.R. n. 218/92 e confermati in forza all'art. 8, comma 1 bis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sono utilizzati nelle attività orarie indicate dal suddetto decreto presidenziale.

Norma Finale n. 4

1. Qualora non sia iniziata la trattativa per il rinnovo dell'Accordo entro la scadenza stabilita, le parti si impegnano a definire, con specifica trattativa, da concludersi entro 90 giorni dalla data della scadenza dell'Accordo, le variazioni annuali della voce "concorso delle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario" facente parte del compenso capitario.

Norma Finale n. 5

1. Le parti convengono che, in caso di mancato rinnovo contrattuale, il conferimento degli incarichi di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi agli ambiti territoriali e agli incarichi vacanti rilevati dal 2001 avviene nella misura del 67% e del 33% a favore rispettivamente degli aspiranti di cui all'articolo 3, comma 6, lettera a) e lettera b).
Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due percentuali di aspiranti, le stesse vengono assegnate all'altra percentuale di aspiranti.

Norma Finale n. 6

1. Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare alla assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 3, comma 6, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio.

Norma Finale n. 7

1. Le parti concordano che la dicitura Medico di libera scelta, medico di assistenza primaria e medico di famiglia sono usati, nel testo dell'Accordo come sinonimi.

Norma Finale n. 8

1. Ai fini del calcolo del rapporto ottimale, i medici ex-associati concorrono, a tutti gli effetti e non in sovrannumero. alla determinazione del numero di medici iscrivibili negli elenchi della assistenza primaria, cosi come definito all'articolo 19, comma 7 e all'Allegato B del presente Accordo.

Norma Finale n. 9

1. Gli Accordi regionali disciplinano le modalità con cui gli studi associati di medici di assistenza primaria possono concordare con l'Azienda l'attribuzione allo stesso studio associato di una parte della retribuzione convenzionale dei propri medici, fermi restando gli obblighi di contribuzione ENPAM sull'intero ammontare dei compensi di ogni singolo professionista.

Norma Finale n. 10

1. Ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94 è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale da parte delle Aziende nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo ed ai medici di cui alle norme transitorie n. 6 e n. 7 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati inviano, alle Aziende, apposita domanda di inserimento in un elenco separato, specificando il possesso dei requisiti idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea, dalla minore età.

Norma Finale n. 11

1. Al medico che alla data di pubblicazione del presente Accordo abbia già dichiarato una autolimitazione del proprio massimale delle scelte inferiore a quanto previsto dall'articolo 25, comma 6, tale autolimitazione è confermata a richiesta, da esercitarsi entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, e fino a che la propria posizione soggettiva resti immutata.

Norma Finale n. 12

1. I medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda gia individuata per il personale dipendente lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono utilizzati nei servizi a terra delle centrali operative o collaborano nei presidi fissi delle attività di emergenza o di Pronto Soccorso.

Norma Finale n. 13

1. Lo stato di gravidanza nel periodo di astensione obbligatoria dal lavoro al momento di attribuzione dell'incarico non è ostativo al suo conferimento ma ne determina l'immediata sospensione.

Norma Finale n. 14

In considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione e del conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative, le parti convengono che gli Accordi regionali siano prioritariamente indirizzati a dare impulso, allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare nelle forme previste dal presente Accordo, ed in particolare dell'assistenza domiciliare integrata, e di nuove forme di assistenza residenziale o/e semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

NORME TRANSITORIE

Norma Transitoria n. 1

1. I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assegnati al medico di medicina generale.

Norma Transitoria n. 2

1. Nell'anno di pubblicazione del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizzano i criteri di assegnazione e la graduatoria regionale di cui al D.P.R. n. 484/96.

2. Nell'anno successivo a quello di pubblicazione del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizza la graduatoria redatta ai sensi del D.P.R. n. 484/96.

Norma Transitoria n. 3

1. Le parti convengono che i procedimenti disciplinari pendenti alla data di pubblicazione del presente accordo, vengono definiti secondo i criteri e le procedure di cui agli Accordi collettivi nazionali vigenti alla data delle relative contestazioni.

Norma Transitoria n. 4

1. Il disposto di cui all'art. 4, comma 4, del presente Accordo non si applica, per la sola durata della presente convenzione e fatta salva la perdita, per scelta intercorrente del medico, di uno o più dei rapporti convenzionali detenuti, ai medici che alla data di pubblicazione del presente Accordo siano già titolari di più di due rapporti convenzionali.

Norma Transitoria n. 5

1. In attesa della effettiva operatività delle norme concernenti la formazione professionale da attuarsi secondo la disciplina prevista dal decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato, ed in base all'art. 8 del presente Accordo. continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'art. 8 dell'Accordo collettivo nazionale reso esecutivo con il D.P.R. n. 484/96.

Norma Transitoria n. 6

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, è concessa, al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori dell'emergenza, l'attribuzione di incarichi provvisori di emergenza sanitaria, nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo e in possesso del previsto attestato, per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di idoneità previsto, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea, dalla minore età.

Norma Transitoria n. 7

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di formazione specifico, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea, dalla minore età.

Norma Transitoria n. 8

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 229/99 dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, le parti convengono che il termine per l'entrata in vigore a regime del limite di età per la cessazione del rapporto convenzionale previsto dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo collettivo nazionale, sarà individuato a seguito di specifica intesa tra le parti firmatarie della presente convenzione nazionale, dopo che saranno definiti e disciplinati nelle sedi competenti con il concorso dell'ENPAM e delle parti firmatarie stesse, gli aspetti ed effetti previdenziali conseguenti all'introduzione dei nuovi limiti di età, secondo quanto stabilito dall'art. 15-nonies del decreto legislativo n. 229/99.

2. Fino a quando non entrerà in vigore il limite di età stabilito dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo collettivo nazionale, continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a), del D.P.R. n. 484/96.

Norma Transitoria n. 9

1. Le parti convengono che il presente Accordo collettivo nazionale, compresi i suoi allegati, rimane in vigore fino a che non sia stato perfezionato e reso esecutivo con la pubblicazione del Decreto del Presidente della Repubblica. l'Accordo collettivo nazionale valido nel triennio successivo, con decorrenza 01.01.2001, come previsto dall'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche.

Norma Transitoria n. 10

1. Sono fatti salvi per la durata prevista gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli Accordi regionali vigenti in favore dei medici impegnati nelle attività di emergenza sanitaria territoriale.

Norma Transitoria n. 11

1. Il termine di tre anni di cui all'art. 6, comma 3, decorre dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

Norma Transitoria n. 12

1. Sono fatti salvi, per la durata prevista, gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli Accordi regionali vigenti stipulati ai sensi del Capo VI del D.P.R. n. 484/96.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a Verbale n. 1

1. Le parti raccomandano al Ministero della sanità che tra i titoli di servizio valutabili ai fini dei concorsi per il personale medico dipendente del S.S.N. sia dato rilievo all'attività di medico di medicina generale convenzionato, con particolare riguardo agli addetti ai servizi di emergenza sanitaria territoriale e di medicina dei servizi.

Dichiarazione a verbale n. 2

1. Le parti chiariscono che le dizioni Regioni, Amministrazione regionale, Giunta regionale, Assessore regionale alla sanità usate nel testo dell'accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

Dichiarazione a verbale n. 3

1. Le parti raccomandano al Ministro della Sanità che una rilevante percentuale dei posti disponibili per la frequenza ai corsi di formazione di medicina generale, previsti dal decreto legislativo n. 256/91 e successive modificazioni, sia riservata a medici abilitati all'esercizio professionale dopo il 31.12.94.

Dichiarazione a verbale n. 4

1. Le parti chiariscono che la dizione "medico di medicina generale" si riferisce a tutti i medici convenzionati con le Aziende ai sensi del presente Accordo.

Dichiarazione a verbale n. 5

1. Le parti convengono che tra i compiti affidati ai medici dal presente Accordo non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

Dichiarazione a verbale n. 6

1. Le parti si impegnano a dare preferenza nel conferimento degli incarichi per le centrali di ascolto ai medici portatori di handicap motori o visivi, in ordine di anzianità di laurea o, in subordine, di voto di laurea.

Dichiarazione a verbale n. 7

1. Le parti raccomandano al Ministero della Sanità, di emanare, sentite le parti interessate, una norma idonea ad adeguare il modello prescrizione-proposta di cui al DM n. 350/88, alla normativa vigente anche per le esigenze poste dalla compensazione infraregionale e extraregionale nonché dalla nuova impostazione del regime di esenzione del cittadino dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

2. Le parti raccomandano inoltre al Ministero della Sanità l'adozione di idonei strumenti normativi e tecnici atti a consentire la puntuale individuazione del medico prescrittore, anche al fine di facilitare l'attribuzione delle specifiche responsabilità nell'ambito del rispetto dei livelli di spesa programmati.

Dichiarazione a verbale n. 8

1. Le parti convengono di affrontare, d'intesa con la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri, tutte le tematiche deontologiche poste dalla "Carta dei servizi sanitari" con riferimento anche alla evidenziazione della qualificazione professionale del medico.

Dichiarazione a verbale n. 9

1. Nei confronti dei medici iniettori e prelevatori di cui all'Accordo collettivo nazionale del 22 dicembre 1978, titolari di incarico alla data di pubblicazione del presente Accordo, è riconosciuta per intero l'anzianità di servizio maturata, senza soluzione di continuità, anteriormente alla data del 22 novembre 1979 presso i disciolti Enti mutualistici.

Dichiarazione a verbale n. 10

Le parti, per agevolare i medici che hanno conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale, in quelle regioni in cui tale corso di formazione sia iniziato l'anno successivo a quello di promulgazione del bando, sollecitano il Ministero della Sanità ad emanare un dispositivo di legge che consenta a tali medici di poter essere inseriti nella graduatoria regionale unica valida per l'anno successivo a quello di conseguimento del relativo titolo.

Dichiarazione a verbale n. 11

Le parti concordano che occorra operare, anche attraverso modifiche legislative e/o Accordi regionali, affinché la certificazione di idoneità per la pratica di attività sportive non agonistiche, venga effettuata esclusivamente o prevalentemente dai medici di famiglia.
In tale contesto è auspicabile che, attraverso accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi, siano tutelati quei cittadini, soprattutto giovani, che, senza alcun esborso economico diretto o indiretto, aderiscono a società sportive.

Dichiarazione a verbale n. 12

Le parti auspicano che, anche mediante idonee modifiche legislative, possa essere consentito ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale di poter essere iscritti alle scuole di specializzazione di cui ai decreti legislativi n. 257/91 e n. 368/99.

Dichiarazione a verbale n. 13

Le parti convengono sull'opportunità che gli Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi individuino le modalità atte ad assicurare, in ogni ambito territoriale carente, l'assistenza all'interno del Servizio sanitario nazionale, mediante l'esercizio della libera scelta del medico da parte dell'assistito.

Dichiarazione a verbale n. 14

Le parti, nel ribadire l'importante funzione che può essere svolta dalle varie forme associative per il miglioramento della qualità dell'assistenza, in coerenza con le previsioni del D.L.vo n. 229/99, convengono sull'opportunità che la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, costituiti sulla base della normativa vigente, valorizzi il ruolo delle varie forme societarie che il decreto legislativo stesso individua come partners nel perseguimento degli obiettivi dichiarati.

ALLEGATI

Allegato A.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE

RACCOMANDATA

Bollo

All'Assessorato alla Sanità
Regione ______________________

Il sottoscritto Dott. ____ nato a ______________________
prov. ☐☐ il ____________________ M ☐ F ☐ codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Comune di residenza ____ prov. _______
indirizzo _______________________________________ n. _______ CAP ☐☐☐☐☐ tel. ___________
Azienda U.S.L. di residenza ________________________________

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del decreto legislativo 30.12.92, n. 502, e successive modificazioni, di essere inserito nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno ____,
A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

n. 1 Certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici di __________________ rilasciato il ___________ (v.nota)
n. ______ Documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno;
ovvero autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:

c/o ______________________________ Comune ______________________ provincia ☐☐

indirizzo ______________________________________ n. __________ CAP ☐☐☐☐☐

Data ______________________ firma per esteso ______________________________

AVVERTENZE IMPORTANTI

– L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. La mancata presentazione di questo documento o la sua incompletezza comporta l'esclusione dalla graduatoria.

– I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in originale o copia autentica, in regola con le norme sull'imposta di bollo, secondo le disposizioni di legge vigenti.

– Il certificato di laurea, rilasciato dalla Università degli studi, deve essere allegato anche se la votazione ivi riportata non dà diritto a punteggio, tranne se già agli atti.

– I documenti allegati alla domanda per l'inserimento nella graduatoria eventualmente presenti negli anni precedenti, sono acquisiti agli atti purché ne venga fatto espresso riferimento e sempre che siano tali da poterne consentire la valutazione. Dovrà invece essere allegata tutta la documentazione relativa a titoli ed attività svolti successivamente alla data di scadenza della precedente domanda e fino al 31 dicembre dell'anno precedente all'inoltro ella presente domanda.

– La documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione, non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

DA RIEMPIRE A CURA DEL MEDICO			PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
A	B	I Titoli accademici o di studio	
(1)	(2)	– Diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104 (punti 0,30) - voto /110	= p.
		– Diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 (punti 0,50) - voto ______ /110	= p.
		– Diploma di laurea conseguito con voti 110/110 e 110/110 e lode (punti 1,00) - voto ______ /110	= p.
		– Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B (punti 2,00) specializzazione in ______ specializzazione in ______	Totale n. X 2,00 = p.
		– Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B (punti 0,50) specializzazione in ______ specializzazione in ______	Totale n. x 0,50 = p.
		– Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n. 256/91. (punti 7,20) ______	Totale n.
		II Titoli di servizio	
		– Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato (0,20 punti per mese di attività) dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	= m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale m. x 0,20 = p.
		– Stessa attività di cui al punto precedente prestata nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento. (0,30 punti per mese di attività) dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	= m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale m. x 0,30 = p.

DA RIEMPIRE A CURA DEL MEDICO			PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
		– **Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi** **(0,20 punti per mese di attività)** dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	= m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale m. x 0.20 = p.
		– Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) (0,20 punti per mese di attività) dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	= m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale m. x 0.20 = p.
		– Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione di continuità assistenziale (0.20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______	= m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale ore m. x 0.20 = p.
		– Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______	= m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale ore m. x 0,20 = p.

		DA RIEMPIRE A CURA DEL MEDICO	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
		– Servizio di Attività Territoriali Programmate ai sensi del Capo IV del presente Accordo (0,20 punti per mese) U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________	= m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale ore m. x 0,20 = p.
		– Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale (0,20 punti per mese di attività) U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________	= m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale ore m. x 0,20 = p.
		– Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (0,05 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore ________	= m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale ore m. x 0,05 = p.
		Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (0,20 punti per mese) U.S.L ________ dal ________ al ________ ore ________ U.S.L ________ dal ________ al ________ ore ________ U.S.L ________ dal ________ al ________ ore ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore ________	= m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale ore m. x 0,20 = p.
	**	Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento (0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi) dal ________________ al ________________	Totale m. x 0,10 = p.

		DA RIEMPIRE A CURA DEL MEDICO	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
	** **	– Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale (D.P.R. ______), limitatamente al periodo di concomitanza.	

		(0,20 punti per mese) dal al	Totale m.	x 0,20 = p.
		– Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (3) (0,10 punti per mese di attività) dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	= m. = m. = m. Totale m.	gg. gg. gg. x 0,10 = p.
		– Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	= m. = m. = m. Totale m.	gg. gg. gg. x 0,05 = p.
	**	– Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico nell'area della medicina generale (fino ad un massimo di mesi cinque per ogni evento); (0,20 punti per mese) dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	= m. = m. = m. Totale m.	gg. gg. gg. x 0,20 = p.
	** **	– Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico di assistenza primaria nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento (fino ad un massimo mesi cinque per ogni evento); (0,30 punti per mese) dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	= m. = m. = m. Totale m.	gg. gg. gg. x 0,30 = p.
		firma del medico	Totale punteggio complessivo ______	

1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei titoli che sono stati allegati alla presente domanda.
2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei titoli che sono stati presentati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.
3) Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

Allegato B
(art. 19)

PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.

2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 19, comma 5 tale ambito non può comprendere una popolazione inferiore a 5.000 abitanti né può essere inferiore al territorio del comune anche se questo comprende più Aziende.

3. Si procede in questo modo.

4. Si stabilisce quale è la popolazione nell'ambito risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

5. Da tale quantità si detrae la popolazione che al 31 Dicembre dell'anno precedente, pur anagraficamente residente nell'ambito territoriale, ha effettuato la scelta del medico in altro ambito. Si aggiunge la popolazione non residente che effettuato la scelta nell'ambito.

6. Da questa quantità si detrae ulteriormente la popolazione in età pediatrica (0-14); ne risulterà un numero di abitanti che è quello utile al fine del rapporto ottimale.

7. A parte si prende l'elenco dei medici già operanti nella medicina generale nell'ambito in questione ivi compresi i medici ex-associati.

8. Ognuno di essi ha un proprio massimale o quota individuale derivante anche dalla applicazione delle limitazioni o dalla autolimitazione.

9. Ad ogni medico viene attribuito un valore ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale.

10. Esso sarà:
- uguale a 1.000 per tutti coloro che usufruiscono della quota individuale o che hanno un massimale superiore a 1.000
- pari al loro massimale se esso è inferiore a 1.000

11. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.

12. La zona è carente se il risultato della sottrazione comporta un numero superiore a 500 e si inserirà un medico per ogni 1.000 abitanti o frazione superiore a 500 in relazione al risultato della sottrazione.

13. Esempio:
Ambito territoriale 52.000 abitanti;
popolazione pediatrica 6.000 abitanti;
abitanti che hanno scelto il medico fuori ambito 1.500;
abitanti fuori ambito che hanno scelto il medico nell'ambito 50;
al fine dell'applicazione del rapporto ottimale abitanti 44.550.
Al fine del rapporto ottimale:
Abitanti 52.000
Popolazione pediatrica 6.000
Medici inseriti nell'ambito:
4 a 1.800 scelte di massimale
valgono 4.000 (4 x 1.000)
20 a 1.500 scelte di massimale
valgono 20.000(20 x 1.000)
3 a 1.000 scelte di massimale
valgono 3.000 (3 x 1.000)
5 a 750 scelte di massimale
valgono 3.750 (5 x 750)
12 a 500 scelte di massimale
valgono 6.000(12 x 500)
Totale 36.750
La zona è carente: 44.550 - 36.750 = 7.800.
Devono essere inseriti 8 medici.

Allegato C.
(art. 23)

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 23, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

2. L'onorario professionale, deve essere corrisposto per intero al medico sostituto.

3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

4. Il compenso di cui all'articolo 45, lettera B1, è corrisposto al sostituto ove egli ne abbia diritto ai sensi del comma 2 della stessa lettera B1.

5. Ai medici sostituti spettano i compensi di cui all'art. 45, lettera C1 comma 2, lettera C2 commi 1 e 2, lettera C3, per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.

Allegato D
(art. 32 – 45)

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di assistenza primaria sono quelle elencate, in calce al presente allegato D, nel nomenclatore-tariffario.

2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente.

3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.

4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e numero di codice regionale dell'assistito.

5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo di prestazioni multiple autorizzate di cui all'Allegato S del presente Accordo, debitamente controfirmato dall'assistito, o da chi per lui, a conferma dell'avvenuta effettuazione delle prestazioni.

6. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.

7. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento dai soggetti di cui all'art. 14, comma 4.

8. Al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lett. "C". Fermo quanto previsto dall'art. 6, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.
I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4.

9. Gli emolumenti riferiti alle prestazioni aggiuntive, con esclusione di quelle previste alla lett. "C", non possono superare mensilmente il 16.60‰ per cento dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico a titolo di onorario professionale di cui all'art. 45, lett. "A1, comma 1".

10. I medici della continuità assistenziale possono eseguire, nell'esercizio della propria attività convenzionale, le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A del nomenclatore tariffario di cui al presente Allegato.

NOMECLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A – Prestazioni eseguibili senza autorizzazione:

Prestazioni	01.01.1999	01.01.2000
1.Prima medicazione (*)	23.530	23.860
2.Sutura di ferita superficiale	6.340	6.430
3.Successive medicazioni	11.760	11.930
4.Rimozione di punti di sutura e medicazione	23.530	23.860
5.Cateterismo uretrale nell'uomo	18.410	18.700
6.Cateterismo uretrale nella donna	6.850	6.950
7.Tamponamento nasale anteriore	10.740	10.890
8.Fleboclisi (unica-eseguibile in caso di urgenza)	23.530	23.860
9.Lavanda gastrica	23.540	23.860
10.Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	11.760	11.930
11.Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	17.600	17.840
12.Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	1.230	1.240

B) Prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria:

Prestazioni	01.01.1999	01.01.2000
1.Ciclo di fleboclisi (per ogni fleboclisi)	17.600	17.840
2.Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	11.770	11.930
3.Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***)	2.350	2.390
4.Vaccinazioni non obbligatorie (****)	11.760	11.930

C) Prestazioni. indicate a titolo esemplificativo, eseguibili nell'ambito degli accordi regionali e aziendali di cui al capo VI.

1. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico o della associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite. sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie. che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato. correlato alle attività previste dall'art. 70.
2. A titolo esemplificativo si individuano alcune prestazioni correlate alle attività di cui all'art. 70, comma 1 e 2:

Anziani:
- test psicoattitudinali
- test per valutazione di abilità e di socializzazione
- test verbali e non, per valutazione cognitiva.

Prevenzione. diagnosi precoce. terapia e follow up, di:
- patologie infettive: iniezione di gammaglobulina antitetanica, vaccinazioni individuali e partecipazione a campagne di vaccinoprofilassi;
- patologie sociali croniche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, dislipidemie): ECG, esame del fondo oculare, diagnostica di laboratorio (glicemia, glicosuria delle 24 ore, dosaggio dei lipidi plasmatici ecc.);
- neoplasie: prelievo vaginale per esame oncocitologico, colposcopia con eventuale prelievo per citologia, ricerca del sangue occulto nelle feci, paracentesi, cateterismo vescicale, lavande vescicali, iniezione I.V. singola o a cicli (ad es. di antiblastici), fleboclisi singole o a cicli o quant'altro sia necessario a scopo preventivo o terapeutico;
- patologia reumatica e osteoarticolare: artrocentesi, iniezioni endoarticolari, ionoforesi;
- patologia respiratoria (asma, bronchite cronica, allergie): spirometria, iniezioni sottocutanee desensibilizzanti, cicli di aerosol (***);
- patologia genito-urinaria e disturbi della minzione: cateterismo, massaggio prostatico, uroflussimetria, prelievo vaginale per studio ormonale;
- pazienti sottoposti a manovre chirurgiche o comunque che necessitano di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale: incisione di ascessi, riduzione di lussazione.

(*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.
(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.
(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.
(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino, che è fornito dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo

frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. I compensi relativi alle vaccinazioni non obbligatorie non rientrano nel calcolo di cui al comma 6 del presente Allegato. La vaccinazione antinfluenzale è compensata con la tariffa di cui al presente Allegato anche nel caso previsto dall'art. 31, comma 3, lettera c, salvo quanto stabilito dall'art. 45, lettera A1, comma 2.

Allegato E.

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,

Invio in ospedale .l. paziente signor ....

1) Motivo del ricovero ....

....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto

....

....

....

....

....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria

....

....

....

....

....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata una esauriente relazione clinica.

......................, Li ....

Dott. ______________________________

Recapito telefonico: _________________

Allegato F.
(art. 38)

CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITA' DI MALATTIA
(art. 2, D.L.663/1979 o art. 15 L. 155/1981)

INVARIATA.

Allegato G
(Artt. 32, 39, 45)

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI

Art. 1 - Prestazioni domiciliari

1. L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 39, comma 1, lettera b), è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:
- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
- controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
- indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
- indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
- collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- attivazione degli interventi riabilitativi;
- tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

Art. 2 - Attivazione del servizio domiciliare

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);

b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);

c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
- insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
- gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
- cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
- paraplegici e tetraplegici.

Art. 3 - Procedure per l'attivazione dell'assistenza

1. La segnalazione del caso abbisognevole di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda dal medico di scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.

2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico di scelta con precisazione del numero degli accessi, e inviata o presentata al distretto.

3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.

4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico di famiglia emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.

5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

6. In caso di discordanza sui programma da parte del medico dell'Azienda, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico di libera scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.

7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

8. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Art. 4 - Rapporti con il distretto

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:

A) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);
B) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico di medicina generale al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;
C) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitino al soggetto.

Art. 5 - Compenso economico

1. Al medico di medicina generale oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a lire. 35.800 per accesso, a far data dal 1.1.1999, e di lire 36.600 dal 1.1.2000.

2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.

3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

Art. 6 - Modalità di pagamento

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.
3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 - Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare in ordine alfabetico.

3. Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

Art. 8 - Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

Art. 9 - Accordi decentrati

1. In sede regionale possono concordate con le organizzazioni. sindacali maggiormente rappresentative, particolari modalità integrative di erogazione della ADP in relazione a specifiche peculiarità geografiche e socio-ambientali che le giustifichino.

Allegato H
(Artt. 32, 39, 45)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Art. 1 - Prestazioni

1. L'assistenza domiciliare integrata di cui all'art. 39, comma 1, lettera a), è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:
- di medicina generale;
- di medicina specialistica;
- infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
- di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
- di assistenza sociale.

2. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

Art. 2 - Destinatari

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:
- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Art. 3 - Procedure per l'attivazione

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di medicina generale scelto dal paziente, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:
  a) medico di medicina generale;
  b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
  c) servizi sociali;
  d) familiari del paziente.

2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di medicina generale per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

3. Ove il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di famiglia deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di assistenza primaria e ai familiari dell'assistito interessato.

4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di medicina generale concordano:
a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;

la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;

e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

5. Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano di interventi:

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Art. 4 - Sospensione

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico di medicina generale che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

Art. 5 - Trattamento economico.

1. Al medico di medicina generale, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'art. 45 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di lire 35.800 dal 1.1.1999 e lire 36.600 dal 1.1.2000.

2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.

3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata mediante l'accordo regionale di cui all'art. 39, comma 1, lettera c).

Art. 6 - Modalità di pagamento

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.

3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.

4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 - Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare integrata.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti, con le relative variazioni e una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata, conservati in ordine alfabetico.

Art. 8 - Riunioni periodiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove una riunione trimestrale con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato aziendale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trat-

tamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.

2. Alla riunione possono essere invitati i medici convenzionati di medicina generale in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.

3. Il medico di medicina generale tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

Art. 9 - Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

Art. 10 -Controversie

1. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Allegato I

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale valida per il periodo :

2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;

3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;

4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione

5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

6. Titolare del trattamento dei dati è

Allegato L
(artt.7 -20 e 49)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. ____________________
nato a ____________________ il ____________ residente in
____________ Via/Piazza ____________________ n° ________
iscritto all'Albo dei ____________________ della Provincia di
____________________ ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15
dichiara formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto ____________________ ore settimanali ____________
Via ____________________ Comune di ____________
Tipo di rapporto di lavoro ____________________
Periodo: dal ____________________

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. ____________ con massimale di n° ________ scelte e con n° ________ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ____________ Azienda ____________

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. ____________ con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal ____________________

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda ____________ branca ____________________ ore sett.______
Azienda ____________ branca ____________________ ore sett.______

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia ____________________ branca ____________________
Periodo: dal ____________________

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, decreto legislativo n° 502/92 e successive modificazioni:
Azienda____________________ Via ____________________
Tipo di attività ____________________
Periodo: dal ____________________

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione ____________ o in altra regione (2):
Regione ____________________ Azienda ____________________ ore sett.______
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso ____________________
Soggetto pubblico che lo svolge ____________________
Inizio: dal ____________________

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo ____________________ ore sett. ____________
Via ____________________ Comune di ____________________
Tipo di attività ____________________
Tipo di rapporto di lavoro ____________________
Periodo: dal ____________________

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43, delle legge 833/78 (2):
Organismo ______________________ ore sett. ____________
Via ______________________ Comune di ____________
Tipo di attività ______________________
Tipo di rapporto di lavoro ______________________
Periodo: dal ______________________

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:
Azienda ______________________ ore sett. ____________
Via ______________________ Comune di ____________
Periodo: dal ______________________

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda ______________________ Comune di ____________
Periodo: dal ______________________

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
____
____
Periodo: dal ______________________

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:
____
____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal ______________________

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna):
____
____
Periodo: dal ______________________

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2):
Azienda ______________________ Comune ____________ ore sett. ________
Tipo di attività ______________________
Periodo: dal ______________________

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico ______________________
Via ______________________ Comune di ____________
Tipo di attività ______________________
Tipo di rapporto di lavoro: ______________________
Periodo: dal ______________________

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)
____
____
Periodo: dal ______________________

20) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):
soggetto erogante il trattamento di adeguamento ____________________

____

Periodo: dal ____________________

NOTE: ____________________

____

____

____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data ____________________ Firma ____________________

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

Allegato M
(art. 54)

SCHEDA DEGLI INTERVENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

INVARIATA.

Allegato N
(norma finale 2)

REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA DEI SERVIZI

Art. 1 – Campo di applicazione

1. Il presente regolamento disciplina i rapporti di lavoro autonomo coordinato e continuativo instaurati tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici per l'espletamento, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, di attività sanitarie a rapporto orario, per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione e che non risultino regolate da altri accordi collettivi stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Ai sensi dell'art. 8, comma 1 bis, del decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 517/93 e successive normative, nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui all'art. citato, le Aziende sanitarie utilizzano ad esaurimento, i medici incaricati a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R. n. 218/92, e i medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 5, comma 4 dell'Allegato "N" al D.P.R. n. 484/96. Per questi vale il presente Regolamento.

Art. 2 - Incompatibilità

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991, n. 412, gli incarichi di cui al presente accordo cessano nei confronti del medico che si trovi in una delle posizioni di cui al punto 6 dell'articolo 48 della legge 833/78 od in una qualsiasi altra posizione non compatibile per specifiche norme di legge o di contratto di lavoro, ovvero che:

a) svolga attività come medico specialista ambulatoriale convenzionato, con esclusione dei casi disciplinati dall'art. 11 comma 1, lett. e) e lett. h) del D.P.R. 316/90 e delle corrispondenti ipotesi previste nei successivi accordi nazionali;

b) intrattenga con le Aziende sanitarie un "apposito rapporto" instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni;

c) svolga attività come medico specialista convenzionato esterno;

d) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e al D.L.vo n. 368/99 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91 e al D.L.vo n. 368/99;

e) abbia cointeressenze dirette o indirette o rapporti di interesse in case di cura private o in strutture sanitarie di cui all'articolo 43 della legge n. 833/78;

f) operi come dipendente od in virtù di un rapporto di collaborazione professionale, anche precario presso case di cura private o strutture sanitarie di cui all'articolo 43 della legge n. 833/78; tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che, presso le istituzioni ivi indicate, svolgono attività iniettoria o di prelievo o di guardia medica;

g) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del Fondo di previdenza competente di cui al D.M. 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, pubblicato nel supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 1976, n. 289.

2. L'insorgere di un motivo di incompatibilità comporta l'immediata decadenza dall'incarico.

Art. 3 - Elenchi dei medici titolari a tempo indeterminato

1. Sono confermati nell'incarico a tempo indeterminato i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente accordo titolari di incarico ai sensi del Capo II del D.P.R. n. 218/92 e dell'art. 8, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come successivamente modificato, e dell'Allegato N al D.P.R. n. 484/96..

2. Fermo restando da parte dell'Azienda la possibilità di accertare in qualsiasi momento l'insorgenza di eventuali situazioni di incompatibilità o comportanti limitazione d'orario, i comitati di cui all'art. 22 aggiornano annualmente, entro il mese di febbraio di ogni anno, sulla base dei fogli informativi di cui all'articolo 7, l'elenco dei medici operanti nel proprio ambito territoriale titolari di incarico a tempo indeterminato, verificando l'insussistenza di sopraggiunte incompatibilità e le limitazioni dell'attività oraria in rapporto allo svolgimento di altre attività compatibili.

3. Eventuali rilievi sulla posizione dei medici dovranno essere comunicati entro 30 giorni al comitato di cui all'art. 11 per i provvedimenti di competenza.

4. L'elenco suddetto è trasmesso alle Aziende e agli uffici regionali preposti all'attuazione del presente Accordo.

Art. 4 – Massimale orario e sue limitazioni.

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 24 ore settimanali di incarico, ai sensi dell'articolo precedente.

2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dalle norme del presente Accordo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.

3. Il numero individuale massimo di scelte ai fini della limitazione di orario per il medico che intrattiene con il Servizio sanitario nazionale un rapporto convenzionale per la medicina generale di libera scelta o per la pediatria di libera scelta viene determinato esclusivamente in base ai criteri stabiliti nei rispettivi accordi nazionali per la medicina generale e la pediatria di base. Sono fatti salvi i massimali precedentemente attribuiti fino a che le singole situazioni soggettive rimangono immodificate.

4. In deroga al disposto del comma 1, sono mantenuti gli aumenti di orario formalmente previsti dalla Regione ai sensi dell'art. 11, comma 5, del D.P.R. n. 218/92, entro la data di pubblicazione del Decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'Accordo nazionale di medicina generale.

Art. 5 – Aumenti d'orario.

1. L'Azienda, qualora si rendano disponibili orari di attività per cessazione degli incarichi a tempo indeterminato, interpella i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda medesima che abbiano espresso la propria disponibilità e assegna l'aumento delle ore all'avente diritto tra i medici operanti nell'ambito della stessa Azienda secondo l'ordine di anzianità di incarico.

2. A parità di anzianità di incarico prevalgono, nell'ordine, il voto di laurea, l'anzianità di laurea e la minore età.

3. Qualora, dopo aver espletato la procedura di cui ai commi 1 e 2, siano disponibili turni vacanti, l'Azienda comunica la disponibilità al Comitato di cui all'art. 22 per l'eventuale trasferimento di medici già incaricati a tempo indeterminato in altra Azienda.

Art. 6 - Riduzione di orario degli incarichi e soppressione dei servizi

1. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, sentiti i sindacati firmatari del presente accordo, l'Azienda può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico, dandone comunicazione all'interessato mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di un mese. La riduzione dell'orario si applica al medico con minore anzianità di incarico nell'ambito del medesimo servizio.

2. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente Accordo sono comunicati entro 10 giorni al comitato di cui all'art. 22 nella persona del suo presidente.

3. Eventuali nuovi aumenti di orario interessanti servizi già oggetto di precedenti riduzioni orarie, sono attribuiti al medico al quale era stata applicata la decurtazione di orario, ove possibile, o, comunque, al medico incaricato a tempo indeterminato con orario di incarico più basso.

4. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato e senza soluzione di continuità dell'incarico.

Art. 7 – Compiti e doveri del medico – Libera professione

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato deve:

a) attenersi alle disposizioni contenute nel presente Accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;
b) redigere e trasmettere alla Azienda, fatto salvo quanto previsto dall'art. 7 del presente Accordo, entro il 15 febbraio di ciascun anno, il foglio notizie di cui all'allegato L);
c) osservare l'orario di attività indicato nella lettera incarico a tempo indeterminato.

2. Le Aziende provvedono al controllo dell'osservanza dell'orario con procedure uguali a quelle in vigore per il personale dipendente.

3. A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate trattenute mensili sulle competenze del medico inadempiente, previa rilevazione contabile delle ore di lavoro non effettuate.

4. Ripetute e non occasionali infrazioni in materia di orario di lavoro e di rispetto dei compiti previsti dal presente Capo potranno essere contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 16 del presente Accordo.

5. Il mancato invio del foglio notizie o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di applicazione al medico del procedimento sanzionatorio di cui all'articolo 16.

6. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti che, nell'ambito delle attività sanitarie regolate dal presente Accordo, l'Azienda decide di affidargli, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi, ed alla tipologia dell'attività.

7. Sono inoltre doveri e compiti del medico:
- l'adesione alla sperimentazione dell'équipes territoriali di cui all'art. 15;
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 31 comma;
- la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

8. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti obiettivo predisposti e realizzati a livello regionale, aziendale e distrettuale secondo le norme previste dal presente Accordo.

9. Il medico incaricato per le attività di medicina dei servizi può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali. Il medico, che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in tal senso.

10. I medici incaricati a tempo indeterminato, possono inoltre, sulla base degli accordi regionali ed aziendali svolgere attività organizzative e di coordinamento.

Art. 8 - Cessazione e sospensione dell'incarico

1. L'incarico può cessare per rinuncia del medico da comunicare all'Azienda a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

2. La rinuncia ha effetto dal primo giorno del secondo mese successivo alla data di ricezione della lettera di comunicazione.

3. Su specifica richiesta del medico l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti.

4. L'Azienda procede alla revoca dell'incarico con effetto immediato:
a) per cancellazione o radiazione dall'albo professionale;
b) per aver compiuto il periodo massimo di conservazione del posto previsto dall'art. 12 in caso di malattia;
c) per compimento del 65° anno di età;
d) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici competente per territorio.

5. L'incarico è sospeso in caso di emissione di provvedimenti dell'Autorità giudiziaria di divieto di dimora nel territorio dell'Azienda ove il sanitario deve svolgere l'incarico, di arresti domiciliari, di custodia cautelare in carcere o in luogo di cura. È altresì sospeso in caso di condanna passata in giudicato per delitto non colposo punito con la reclusione. In questa ultima ipotesi l'Azienda applica all'interessato le norme di cui all'art. 16 dell'Accordo nazionale per l'eventuale adozione di un provvedimento di cessazione dall'incarico.

6. L'incarico è altresì sospeso in seguito a sospensione dall'albo professionale.

Art. 9 - Trasferimenti

1. Il trasferimento dei medici tra Aziende della stessa regione o di regioni diverse, può avvenire a domanda del medico previo nulla-osta dei Direttori Generali delle Aziende interessate.

2. Per il trasferimento a domanda, l'interessato deve farne contestuale richiesta alle Aziende di provenienza e di destinazione.

3. L'Azienda di destinazione deve dare comunicazione al Comitato zonale della disponibilità del posto da ricoprire mediante l'accoglimento della richiesta di trasferimento: nel caso di più medici interessati, prevale la posizione del medico che svolge l'attività di cui al presente accordo in via esclusiva, in subordine l'anzianità di incarico, il voto di laurea, l'anzianità di laurea e la minore età.

4. Ove sia possibile in relazione alle disponibilità orarie il medico è trasferito all'Azienda di destinazione con il medesimo numero di ore di cui era titolare nell'Azienda di provenienza.

5. Il trasferimento del medico nell'ambito dei servizi distrettuali della Azienda può avvenire anche a domanda dell'interessato.

6. Le Aziende, fatto salvo quanto previsto in materia di riduzione degli orari dall'articolo 6, possono attivare modifiche delle sedi di attività dei medici, con mantenimento dell'orario complessivo del medico, all'interno della Azienda nell'ambito di accorpamenti di sedi funzionali ad una migliore organizzazione dei servizi territoriali, d'intesa con i sindacati firmatari del presente Accordo.

7. I trasferimenti d'ufficio devono essere giustificati o dall'opportunità di unificare in un sola zona le prestazioni del sanitario, oppure di concentrazione o soppressione di servizi, nel rispetto dei criteri generali in materia di mobilità concordati a livello aziendale con i sindacati firmatari del presente Accordo.

8. Nel caso di trasferimento d'ufficio al medico viene comunque assicurato il mantenimento del numero di ore di attività già assegnato: l'orario di servizio presso il presidio di destinazione è determinato dall'Azienda sentito il medico.

9. Il medico trasferito, a domanda o di ufficio, conserva l'anzianità maturata nel servizio di provenienza.

10. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato.

11. Al medico che accetta il trasferimento di incarico ad altra Azienda viene garantita, comunque, la contestualità, in continuità di servizio, tra la cessazione del vecchio incarico e l'attivazione del nuovo.

Art. 10 – Sostituzioni

1. Alle sostituzioni dei medici incaricati a tempo indeterminato che per giustificato motivo si assentino dal servizio l'Azienda provvede assegnando incarichi di supplenza secondo l'ordine della graduatoria annuale di medicina generale con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda che non siano titolari di alcun rapporto di lavoro dipendente o convenzionato.

2. L'incarico di sostituzione non può superare la durata di tre mesi; il medico che ha effettuato una sostituzione non può ricevere altro incarico di sostituzione se non dopo un periodo di interruzione di almeno 30 giorni. L'incarico cessa di diritto e con effetto immediato con il rientro, anche anticipato, del medico titolare.

3. Al medico sostituto spetta il trattamento economico di cui all'articolo 14, comma 1, lett. a1).

Articolo 11 - Permesso annuale retribuito - Congedo matrimoniale

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di trenta giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale.

2. Il permesso è usufruito in uno o più periodi, a richiesta dell'interessato, con un preavviso di quarantacinque giorni.

3. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui all'art. 13.

4. Il periodo di permesso viene fruito durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.

5. Per periodi di servizio inferiori ad 1 anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.

6. Al medico confermato spetta un congedo matrimoniale retribuito di quindici giorni non festivi continuativi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.

7. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

Art. 12 – Malattia. Gravidanza.

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50 per cento per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza emolumenti.

2. L'Azienda può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.

3. In caso di gravidanza o puerperio. l'Azienda mantiene l'incarico per sei mesi continuativi.

4. Durante la gravidanza e il puerperio l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

Art. 13 - Assenze giustificate.

1. Per giustificati e documentati motivi di studio o di comprovata necessità, l'Azienda conserva l'incarico al medico per la durata massima di dodici mesi nell'arco del triennio sempreché esista la possibilità di assicurare idonea sostituzione.

2. In caso di servizio di leva o richiamo alle armi, il medico è ripristinato nell'incarico purché ne faccia domanda entro trenta giorni dalla data di congedo.

3. In caso di mandato parlamentare, nazionale o regionale, o di elezione a consigliere comunale di comune capoluogo di Regione, l'Azienda conserva l'incarico, a richiesta dell'interessato, per l'intera durata del mandato.

4. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno sette giorni.

5. Ricorrenti assenze non retribuite sono valutate per l'eventuale procedimento di cui all'art. 16 dell'Accordo per la medicina generale.

6. Per tutti gli incarichi svolti ai sensi del presente Allegato N in più posti di lavoro e ovvero o più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.

7. Nessun compenso è dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo, i quali non sono conteggiati a nessun fine come anzianità di incarico.

Art. 14 – Trattamento economico.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta il seguente trattamento economico:
a1) - Compenso professionale orario secondo la seguente tabella:

Dal 01.01.1999	Dal 01.01.2000
19.980	20.260

a2) - Gli incrementi di anzianità di cui all'art. 20, comma 1, lett. a) e lett. c), D.P.R. n. 218/92, calcolati alla data del 29.2.96, compreso il maturato economico alla stessa data, vengono mantenuti dai singoli interessati. Su detto maturato economico si applicano con decorrenza dalla suddetta data, i successivi incrementi percentuali del 2,3 % per l'anno 1999 e del 1,4 % per l'anno 2000. Gli incrementi sono calcolati sull'importo risultante dalla applicazione della precedente percentuale.
a3) - Per l'attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle ore 6, il compenso orario predetto è maggiorato nella misura del 30%. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%.

b) Compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'art. 20, comma 1, lett. b) (b 2 e b 3), del D.P.R. n. 218/92 quote mensili di carovita), nella misura corrisposta al 31 dicembre 1997, incrementata del 2,3% dall'1.1.99 e del 1,4% dall'1.1.2000. Le percentuali di incremento vengono applicate sulla base dell'importo rivalutato con la percentuale pre-

c) Indennità di piena disponibilità ai medici incaricati a tempo indeterminato, i quali svolgono esclusivamente attività ai sensi del presente accordo, salvo la libera professione di cui all'art. 7, ad esclusione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, emergenza sanitaria territoriale e continuità assistenziale (tali medici devono optare tra l'indennità di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo) per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, secondo l'importo sottoindicato:

Dal 01.01.1999	Dal 01.01.2000
1.175	1.190

d) - Contributo previdenziale.
A favore dei medici incaricati ai sensi del presente accordo l'Azienda versa - di norma mensilmente al massimo trimestralmente - con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, specificandone in particolare il numero di codice fiscale e di codice individuale ENPAM, al fondo speciale dei medici ambulatoriali gestito dall'ENPAM di cui al decreto del Ministro del Lavoro 15.10.1976 e successive modificazioni, un contributo del 22,5% (ventiduevirgolacinque per cento), di cui il 13% (tredici per cento) a proprio carico e il 9,5% (novevirgolacinque per cento) a carico di ogni singolo medico, calcolato sui compensi orari di cui alla lettera a) e sul compenso aggiuntivo di cui alla lettera b) e sull'indennità di piena disponibilità di cui alla lettera c).
e) Indennità chilometrica.
Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si avvalgono del proprio automezzo per spostamenti dovuti alla svolgimento di attività al di fuori dei presidi della Azienda, un rimborso pari ad 1/5 del prezzo della benzina super per ogni chilometro percorso, nonché adeguata assicurazione dell'automezzo.
Per visite fiscali a carico del datore di lavoro richiedente al medico che effettua la visita spettano per gli spostamenti i corrispettivi indicati dal Ministero del Lavoro da porsi a carico del datore di lavoro e ricevuti dalla Azienda, sempre che il mezzo di trasporto sia stato fornito dal medico stesso.
f) per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 7, comma 7 è corrisposto un compenso per ogni ora di incarico pari a Lire 2.229, con decorrenza dall'1.01.2000 non valutabile ai fini della determinazione del premio di operosità.

2. I compensi di cui al comma 1 sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di competenza. Ai soli fini della correntezza del pagamento si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

3. Al medico della medicina dei servizi che partecipa ai progetti obiettivo, ai programmi e alle attività stabilite dagli Accordi regionali spettano quote variabili secondo quanto determinato dagli Accordi stessi.

Art. 15 - Rimborso spese di accesso

1. Per incarichi svolti in comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nella stessa provincia, viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese per chilometro in misura uguale a quella prevista per il personale dipendente.

2. Il rimborso non compete nell'ipotesi che il medico abbia un recapito professionale nel comune sede di presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione all'Azienda.

3. La misura del rimborso spese sarà proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in comune più vicino a quello sede del presidio. Rimarrà invece invariata qualora il medico trasferisca la propria residenza in comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.

Art. 16 - Premio di collaborazione

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario, del compenso aggiuntivo complessivamente percepiti nel corso dell'anno, dell'indennità di piena disponibilità e dell'assegno alla persona di cui all'art. 14 comma 1, lett. a2).

2. Detto premio è liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.

3. Al medico che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio viene liquidato all'atto della cessazione del servizio.

4. Il premio di collaborazione non compete al medico nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

Art. 17 - Premio di operosità

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione dell'incarico un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato; a tal fine non sono computati tutti i periodi di assenza dal servizio non retribuiti ai sensi del presente Allegato N.

2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.

3. Ciascuna mensilità, calcolata in base al compenso orario in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività svolta dal medico in ogni anno di servizio.

4. Conseguentemente ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

5. Pertanto, nel caso in cui nel corso del rapporto di lavoro fossero intervenute delle variazioni nell'orario settimanale di attività, il premio per ogni anno di servizio dovrà essere calcolato in base agli orari di attività effettivamente osservati nei diversi periodi dell'anno solare.

6. Il premio di operosità è calcolato sul compenso orario, sul premio di collaborazione, sull'indennità di piena disponibilità e sull'assegno alla persona di cui all'art. 14, comma 1 lett. a2).

7. Il premio è corrisposto entro sei mesi dalla cessazione del rapporto.

8. La corresponsione del premio di operosità è dovuta dalle Aziende sanitarie in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al D.P.R. n. 884/84, che qui si intendono integralmente richiamati.

Art. 18 - Assicurazione contro gli infortuni derivanti dall'incarico.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di medicina dei servizi contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Allegato N, ivi compresi, ove l'attività sia prestata in una sede diversa da quella di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal presente Allegato N.

2. Il contratto è stipulato senza franchigia per i seguenti massimali:
- lire 1,5 miliardi per morte o invalidità permanente;
- lire 100.000 giornaliere per invalidità temporanea assoluta con massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

Art. 19 - Aggiornamento professionale obbligatorio

1. L'aggiornamento professionale si svolge con le stesse modalità di cui all'art. 8 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, tenendo conto della specificità del settore.

2. In caso di svolgimento coincidente con i turni di servizio, i partecipanti hanno diritto ad un corrispondente permesso retribuito con onere a carico delle Aziende.

Art. 20 - Diritti sindacali

1. Al fine di favorire l'espletamento dei compiti sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di n. 3 ore annuali per ogni iscritto.

2. Il numero dei medici iscritti titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo, è rilevato a livello regionale all'inizio di ogni anno sulla base del numero dei medici a carico dei quali - per ciascun sindacato - viene effettuata, a cura delle Aziende, la trattenuta della quota sindacale.

3. La segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno congiuntamente a tutte le Regioni i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

4. Alla sostituzione si provvede con le modalità di cui all'articolo 10.

5. Nel caso che le riunioni dei comitati di cui all'articolo 22 coincidano con i turni di servizio, ai membri di parte medica spettano i normali compensi relativamente alla durata delle riunioni.

6. I periodi di distacco sindacale sono valutati come attività di servizio.

Art. 21 - Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

1. Nei settori sanitari compresi nel campo di applicazione del presente Allegato N sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge 146/1990, articolo 2 - comma 2, quelle rese nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, in caso di sciopero della categoria, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui agli articoli 5 e 13 dai medici individuati ai sensi dei commi successivi.

3. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Allegato, sono stabiliti, con apposite intese a livello Regionale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui al comma 1, nonché per la loro distribuzione sul territorio.

4. La quantificazione dei contingenti numerici di cui al comma 3 è effettuata in sede di contrattazione decentrata a livello locale per singola Azienda entro 15 giorni dalle intese regionali di cui allo stesso comma 3.

5. Nelle more della definizione degli accordi di cui ai commi 3 e 4, le parti dichiarano che assicureranno comunque le prestazioni di cui al comma 1.

6. In conformità agli accordi di cui ai commi 3 e 4 le Aziende individuano, in occasione di ciascuno sciopero della categoria, i nominativi dei medici in servizio tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando 5 giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro 24 ore dalla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. Gli accordi decentrati di cui ai commi 3 e 4 hanno validità per il periodo di vigenza del presente regolamento e conservano la loro efficacia sino alla definizione di nuovi accordi.

7. Il diritto di sciopero dei medici addetti alla medicina dei servizi è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

8. I medici che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo sono soggetti ai procedimenti sanzionatori di cui all'articolo 13 dell'Accordo per la medicina generale.

9. Le organizzazioni sindacali firmatarie si impegnano a non effettuare azioni di sciopero:
a) nel mese di agosto;
b) dal quinto giorno precedente fino al quinto giorno seguente le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
c) dal quinto giorno precedente fino al quinto giorno seguente le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;
e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

10. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

Art. 22 – Comitati regionali e aziendali

1. Il Comitato aziendale di cui all'art. 11 e il Comitato regionale di cui all'articolo 12 dell'Accordo nazionale svolgono le funzioni demandate loro dal presente accordo ed esprimono pareri per la sua applicazione.

Art. 23 - Responsabilità convenzionali e violazioni

1. In caso di violazioni degli obblighi convenzionali, ai medici incaricati ai sensi del presente Allegato N si applicano le norme di cui all'art. 16 dell'Accordo nazionale.

Art. 24 - Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'Azienda.

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda al servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza sanitaria erogata attraverso la medicina dei servizi, procede al controllo della corretta applicazione della convenzione per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

2. I medici addetti alla medicina dei servizi sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dal presente Allegato N.

Art. 25 - Riscossione delle quote sindacali

1. Le quote sindacali a carico degli iscritti ai sindacati firmatari del presente accordo sono trattenute, su richiesta dei sindacati stessi corredata di delega degli iscritti, dalle Aziende presso le quali i medici prestano la propria opera professionale e sono versate, mensilmente, su conti correnti bancari intestati ai sindacati richiedenti. Contestualmente ai sindacati è inviato l'elenco dei medici a carico dei quali sono state applicate le ritenute sindacali, con indicazione dell'importo delle relative quote. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide nel rispetto delle normative vigenti.

2. Eventuali variazioni delle quote e delle modalità di riscossione vengono comunicate alle Aziende da parte degli organi competenti dei sindacati firmatari.

Art. 26 - Durata dell'Accordo

1. Il presente regolamento ha durata triennale e scade il 31 dicembre 2000.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1

1. Le parti chiariscono che le dizioni "Regioni", "Amministrazioni regionali", "Giunta regionale", "Assessore regionale alla sanità", usate nel testo dell'Allegato N, valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2

1. Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni interpretative ed applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dal presente Allegato N siano demandate all'Osservatorio nazionale di cui all'art. 13 dell'Accordo nazionale.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 3

1. Nei confronti dei medici iniettori e prelevatori di cui all'Accordo collettivo nazionale del 22 dicembre 1978, titolari di incarico alla data di pubblicazione del presente Allegato N, è riconosciuta per intero l'anzianità di servizio maturata senza soluzione di continuità anteriormente alla data del 22 novembre 1979 presso i disciolti Enti mutualistici.

Allegato O

REGOLAMENTO ELETTORALE
ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA MEDICINA GENERALE
DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di elezione dei componenti di parte elettiva per la medicina generale dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

2. La elezione dei componenti di cui al precedente comma si svolgerà in tutte le Aziende della regione ed in tutti i Distretti entro e non oltre tre mesi dalla pubblicazione sulla G.U. del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

3. L'Assessore regionale alla sanità, sentiti i Direttori Generali delle Aziende, indica la data di svolgimento delle elezioni di cui al presente articolo.

4. A tal fine il Direttore Generale istituisce un seggio in ciascun distretto ed invia ai presidenti dei seggi l'elenco di tutti gli aventi diritto al voto in ciascun seggio. Ogni medico vota nel seggio del Distretto di appartenenza.

5. Le Aziende provvedono a comunicare agli aventi diritto al voto, con modalità stabilite dal Comitato di cui all'art. 11, la data, l'orario e la sede delle elezioni, nonché le modalità di voto.

6. Hanno diritto al voto tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per la medicina generale alla data di effettuazione delle elezioni. Il diritto al voto può essere rivendicato, ove il medico non sia inserito nell'elenco fornito al seggio elettorale, al momento del voto esibendo idonea certificazione di titolarità di incarico.

7. Il seggio elettorale è composto da un funzionario della Azienda, nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e da due scrutatori indicati dal Comitato di cui all'art. 11.

8. L'elettore dovrà presentarsi al seggio munito di valido documento di riconoscimento o essere conosciuto dal presidente. Ogni elettore vota esprimendo un numero di preferenze che può anche essere pari al numero dei membri eleggibili.

9. I presidenti di seggio cureranno lo svolgimento delle operazioni di voto, lo scrutinio delle schede (che avverrà immediatamente dopo le operazioni di voto) e la trasmissione delle schede scrutinate alla Azienda che ha il dovere di conservarle per almeno 30 giorni dagli scrutini. Trascorso tale termine, le schede devono essere distrutte.

10. Le Aziende trasmettono al Comitato regionale di cui all'art. 12 i dati elettorali.

11. Per ciascun organismo, saranno eletti i medici che avranno riportato complessivamente il maggior numero di preferenze.

12. Il Direttore Generale della Azienda proclama gli eletti agli Uffici di coordinamento delle attività distrettuali.

13. I compensi per i componenti il seggio elettorale sono definiti con provvedimento della Regione e sono a carico delle Aziende di riferimento.

14. La tornata elettorale si svolge in tutti i distretti nella stessa data e, di norma, in una giornata di sabato, secondo orari determinati dal Comitato di cui all'art. 12.

15. I componenti eletti ai sensi del presente regolamento decadono per:
a) assenze complessive superiori al 50% delle riunioni effettuate nel corso dell'anno;
b) dimissioni dall'incarico;
c) cessazione del o degli incarichi convenzionali detenuti nella medicina generale.

16. Il componente decaduto per effetto del disposto di cui al comma precedente è sostituito dal primo dei non eletti.

Allegato P

SCHEMA DI LINEE GUIDA PER I CORSI DI IDONEITA' ALL'EMERGENZA SANITARIA.

PROGRAMMA

Poiché per le due situazioni cliniche di emergenza estrema, rappresentate dall'arresto cardiocircolatorio e dal grave politraumatismo, è di primaria importanza garantire un intervento qualificato da parte del personale addetto al soccorso, nel programma del corso per i medici dell'Emergenza saranno inserite le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (Basic Life Support=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (Avanced Cardiac Life Support) nei casi di arresto cardiocircolatorio secondo l'American Heart Association e l'European Resuscitation Council e le Linee Guida dell'ATLS (Advanced Trauma Life Support) nei casi di pazienti traumatizzati dell'American College of Surgeons, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base all'evoluzione delle conoscenze.

Il corso deve comunque perseguire il raggiungimento, da parte dei discenti, dei seguenti obiettivi:

1 Saper assistere un paziente:
- al domicilio;
- all'esterno;
- su di un mezzo di soccorso mobile;
- in ambulatorio.

2 Saper diagnosticare e trattare un paziente:
- in arresto cardiocircolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)
- con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)
- politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)
- grande ustionato (da fattori chimici o da calore)
- in stato di shock
- in coma o altre patologie neurologiche
- con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)
- con aritmia cardiaca
- con E.P.A.
- con emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
- in caso di folgorazione o annegamento
- in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
- in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
- in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
- in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)

3 Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;

4 Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);

5 Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);

6 Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)

7 Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);

8 Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.

Per quanto riguarda la parte pratica questa dovrà essere svolta presso ospedali che siano forniti di almeno:

1 Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza
2 Rianimazione
3 Cardiologia e Terapia intensiva
4 Ortopedia
5 Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di vene centrali, seminari per la discussione di "casi" tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).
La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale di ciascuna Azienda USL con formale provvedimento.
Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allegato Q

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.
(per graduatoria)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione ____________________

Il sottoscritto Dott. ______________________________ nato a ____________________
prov. ___ il ____________________ M ☐ F ☐ codice fiscale ______________________________
Residente a ____________________ prov. ____ via ______________________________ n.
_____ CAP ______ tel. ______________, a far data dal ______________, A.S.L. di residenza ________________, e residente nel territorio della Regione ____________________ dal __________ inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'articolo 2 del D.P.R. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 20, comma 4, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. __________, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ____________________ n. _______ del ____________, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito ____________________ ASL ______ Ambito ____________________ ASL ______

Ambito ____________________ ASL ______ Ambito ____________________ ASL ______

Ambito ____________________ ASL ______ Ambito ____________________ ASL ______

Ambito ____________________ ASL ______ Ambito ____________________ ASL ______

Ambito ____________________ ASL ______ Ambito ____________________ ASL ______

Ambito ____________________ ASL ______ Ambito ____________________ ASL ______

Ambito ____________________ ASL ______ Ambito ____________________ ASL ______

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. ______, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella;in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 (articolo 3, comma 6, lettera a), D.P.R. _______);
- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. _________)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o ____________________ Comune ____________________ CAP ________ provincia ____

indirizzo ____ n. ________

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data ____________________ firma per esteso ____________________

Allegato Q/1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.
(per graduatoria)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della Regione ________________

Il sottoscritto Dott. ______________________________ nato a ____________________ prov. ___ il ________________ M ☐ F ☐ codice fiscale ______________________________ Residente a __________________ prov. ____ via ______________________________ n. _____ CAP _____ tel. ____________, a far data dal ____________, A.S.L. di residenza ______________, e residente nel territorio della Regione ____________________ dal ________, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'articolo 2 del D.P.R. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 49, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. __________, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione __________________ n. _______ del ____________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___ Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___

Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___ Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___

Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___ Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___

Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___ Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___

Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___ Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___

Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___ Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___

Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___ Inc. n__ Ambito__________________ ASL ___

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. _____, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella;in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 (articolo 3, comma 6, lettera a), D.P.R. ________);
- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. ________).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o ______________________ Comune______________________ CAP ________ provincia ____

indirizzo ____ n. ______

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data ____________________ firma per esteso ______________________

Allegato Q/3

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.
(per trasferimento)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione ________________

Il sottoscritto Dott. ______________________________nato a ____________________
prov. ___ il ____________________ M F codice fiscale ______________________________
Residente a ____________________ prov. ____ via ______________________________ n.
_____ CAP _____ tel. _____________, a far data dal ____________ e residente nel territorio della Regione
____________________ dal __________, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso la Azienda Sanitaria Locale n. _______ di ______________________________, per l'ambito territoriale di ______________________________della Regione ______________________________, dal ____________ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi ____________,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 20, comma 4, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. __________, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ____________________ n. ________del ____________, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito____________________ ASL ______ Ambito____________________ ASL ______

Ambito____________________ ASL ______ Ambito____________________ ASL ______

Ambito____________________ ASL ______ Ambito____________________ ASL ______

Ambito____________________ ASL ______ Ambito____________________ ASL ______

Ambito____________________ ASL ______ Ambito____________________ ASL ______

Ambito____________________ ASL ______ Ambito____________________ ASL ______

Ambito____________________ ASL ______ Ambito____________________ ASL ______

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 20, comma 4, lettera a) del D.P.R. ____________ e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria:
allegati n. __ (________________) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o ____________________ Comune ____________________ CAP ________ provincia ____

indirizzo ____ n. ________

Data ____________________ firma per esteso ______________________________

Allegato Q/4

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.
(per trasferimento)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione ________________

Il sottoscritto Dott. ________________________________ nato a ________________ prov. ___ il ________________ M ☐ F ☐ codice fiscale ________________ Residente a ________________ prov. ____ via ________________ n. _____ CAP _____ tel. ________________, a far data dal ____________ A.S.L. di residenza ________________, e residente nel territorio della Regione ________________ dal __________. titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda n. _____ di ________________ della Regione ________________, dal __________ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi ____________,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. __________, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ________________ n. ______ del ____________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n__ Ambito____________________ ASL __ Inc. n__ Ambito____________________ ASL __

Inc. n__ Ambito____________________ ASL __ Inc. n__ Ambito____________________ ASL __

Inc. n__ Ambito____________________ ASL __ Inc. n__ Ambito____________________ ASL __

Inc. n__ Ambito____________________ ASL __ Inc. n__ Ambito____________________ ASL __

Inc. n__ Ambito____________________ ASL __ Inc. n__ Ambito____________________ ASL __

Inc. n__ Ambito____________________ ASL __ Inc. n__ Ambito____________________ ASL __

Inc. n__ Ambito____________________ ASL __ Inc. n__ Ambito____________________ ASL __

Inc. n__ Ambito____________________ ASL __ Inc. n__ Ambito____________________ ASL _

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 49, comma 2, lettera a) del D.P.R. ____________ e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:
allegati n. __ (________________) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o ________________________ Comune ____________________ CAP ________ provincia ____,

indirizzo ____ n. _______

Data ____________________ firma per esteso ________________________

Allegato Q/5

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.
(per trasferimento)

RACCOMANDATA

All'Azienda USL ______________

Il sottoscritto Dott. ______________________________nato a ____________________
prov. ___ il ________________ M ☐ F ☐ codice fiscale ______________________________
Residente a ________________ prov. ____ via________________________________ n.
_____ CAP _____ tel. ____________, a far data dal __________ Azienda di residenza
______________, e residente nel territorio della Regione __________________ dal ________. titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda n. _____ di
________________della Regione ______________, dal ________ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi __________,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 4, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. ________, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ________________ n. ______ del __________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL _____ Presidio________________________ ASL _____ Presidio________________________

ASL _____ Presidio________________________ ASL _____ Presidio________________________

ASL _____ Presidio________________________ ASL _____ Presidio________________________

ASL _____ Presidio________________________ ASL _____ Presidio________________________

ASL _____ Presidio________________________ ASL _____ Presidio________________________

ASL _____ Presidio________________________ ASL _____ Presidio________________________

ASL _____ Presidio________________________ ASL _____ Presidio________________________

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 63, comma 4, lettera a) del D.P.R. __________ e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale:
allegati n. __ (______________) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:

c/o ______________________ Comune ____________________ CAP _______ provincia ____

indirizzo ____ n. ________

Data ________________ firma per esteso ________________________

Allegato Q/6

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA DEI SERVIZI.
(per trasferimento)

RACCOMANDATA

All'Azienda USL ______________

____

Il sottoscritto Dott. ______________________________ nato a ______________________ prov. ___ il ____________________ M ☐ F ☐ codice fiscale ______________________________ Residente a ____________________ prov. ____ via ________________________________ n. _____ CAP _____ tel. ______________, a far data dal ____________ Azienda di residenza ________________, e residente nel territorio della Regione ____________________ dal __________, titolare di incarico a tempo indeterminato per la medicina dei servizi presso la Azienda n. _____ di ______________________, della Regione ______________, dal __________ e con anzianità complessiva di medicina dei servizi pari a mesi ____________,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 9, dell'Allegato "N" all'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. __________, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medicina dei servizi pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ____________________ n. _______ del ____________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL _____ Presidio ______________________ ASL _____ Presidio ______________________

ASL _____ Presidio ______________________ ASL _____ Presidio ______________________

ASL _____ Presidio ______________________ ASL _____ Presidio ______________________

ASL _____ Presidio ______________________ ASL _____ Presidio ______________________

ASL _____ Presidio ______________________ ASL _____ Presidio ______________________

ASL _____ Presidio ______________________ ASL _____ Presidio ______________________

ASL _____ Presidio ______________________ ASL _____ Presidio ______________________

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 9 dell'allegato N al D.P.R. ___________ e l'anzianità complessiva di servizio in medicina dei servizi:
allegati n. __ (________________) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o ______________________ Comune ____________________ CAP _______ provincia ____

indirizzo ____ n. ________

Data ____________________ firma per esteso ______________________________

Allegato S

MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE SINGOLE O MULTIPLE SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE.

REGIONE ______________ Azienda n. ______ Dott. ______________________

Prestazioni autorizzate dalla Azienda ed eseguite in favore dell'assistito:

Sig.____________________ via ____________________ città ______________Cod. Reg.__________

Tipo di prestazione effettuata:____

n. progr.	Data di esecuzione	Firma dell'assistito
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Data__________________ Firma__________________________

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 4, COMMA 9, DELLA LEGGE N. 412/91 E DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502/92, COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N. 517/93 E N. 229/99

Regione Veneto:

Regione Lazio:

Regione Toscana:

Regione Campania:

Regione Umbria:

Regione Abruzzo:

Regione Lombardia:

F.I.M.M.G. **(Federazione Italiana Medici Medicina Generale):**

S.N.A.M.I. (Sindacato **Nazionale Autonomo Medici Italiani):**

FEDERAZIONE MEDICI:

INTESA SINDACALE SUMAI – SIMET - CISL MEDICI/COSIME:

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle legge, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), è il seguente:

«Art. 48 *(Personale a rapporto convenzionale)*. — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* del 28 ottobre 1976, n. 289.».

— Il testo dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«Art. 8. — Il rapporto tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera *f)*; una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera *f)*;

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'art. 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzi i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-*bis*. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'art. 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale».

— Il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, concerne «Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

— Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concerne «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419».

— Il testo dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), è il seguente:

«9. La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio sanitario nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Partecipano i rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e, limitatamente al rinnovo dei contratti, del Dipartimento della funzione pubblica, designati dai rispettivi Ministri. La delegazione ha sede presso la segreteria della Conferenza permanente, con un apposito ufficio al quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità a tal fine collocato fuori ruolo. Ai fini di quanto previsto dai commi ottavo e nono dell'art. 6 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituiti dall'art. 18 della legge 12 giugno 1990, n. 146, la delegazione regionale trasmette al Governo l'ipotesi di accordo entro quindici giorni dalla stipula. *(Comma abrogato, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti di servizio sanitario, dall'art. 74, decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29).*».

— Il testo dell'art. 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«Art. 74 *(Norme abrogate)*. — 1. Sono abrogate le disposizioni incompatibili con il presente decreto ed in particolare le seguenti norme:

articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 26, comma quarto, 27, comma primo, n. 5, 28, 30, comma terzo, della legge 29 marzo 1983, n. 93;

legge 10 luglio 1984, n. 301, fatte salve quelle che riguardano l'accesso alla qualifica di primo dirigente del Corpo forestale dello Stato;

art. 17, comma 1, lettera *e)*, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

art. 9 della legge 9 maggio 1989, n. 168;

art. 32, comma 2, lettera *c)*, limitatamente all'espressione «la disciplina dello stato giuridico e delle assunzioni del personale» e art. 51, comma 8, della legge 8 giugno 1990, n. 142;

art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti del servizio sanitario nazionale;

art. 10, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

art. 4, commi decimo, undicesimo, dodicesimo e tredicesimo, della legge 11 luglio 1980, n. 312;

art. 2 del decreto-legge 6 giugno 1981, n. 283, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 1981, n. 432;

articoli 27 e 28 del decreto del Presidente della Repubblica 8 maggio 1987, n. 266, come integrato dall'art. 10 del decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987, n. 494;

art. 4, commi 3 e 4, e art. 5, della legge 7 luglio 1988, n. 254;

art. 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 534;

art. 10, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 533, fatti salvi i concorsi banditi alla data di entrata in vigore del presente decreto;

art. 6 della legge 11 luglio 1980, n. 312; art. 6-*bis* del decreto legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67;

i riferimenti alla legge 4 giugno 1985, n. 281, e alla legge 10 ottobre 1990, n. 287, contenuti nell'art. 7, comma 1, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438, e nell'art. 2, comma 8, del decreto-legge 11 luglio 1992, n. 333, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1992, n. 359.».

— Il testo dell'art. 17, comma 1, lettera *d)*, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), è il seguente:

«Art. 17. — 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunziarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a)-c) (Omissis);

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge».

— La legge 12 giugno 1990, n. 146, concerne «Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati. Istituzione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge».

— La legge 11 aprile 2000, n. 83, concerne «Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati».

— Il testo dell'art. 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133 (Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale), è il seguente:

«Art. 10. — 1. Il Governo è delegato ad emanare, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi aventi per oggetto il finanziamento delle regioni a statuto ordinario e l'adozione di meccanismi perequativi interregionali, in base ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) abolizione dei vigenti trasferimenti erariali a favore delle regioni a statuto ordinario, ad esclusione di quelli destinati a finanziare interventi nel settore delle calamità naturali, nonché di quelli a specifica destinazione per i quali sussista un rilevante interesse nazionale; sono in ogni caso ricompresi tra i trasferimenti soppressi quelli destinati al finanziamento del trasporto pubblico di cui al decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422, e della spesa sanitaria corrente; quest'ultima è computata al netto delle somme vincolate da accordi internazionali e di quelle destinate al finanziamento delle attività degli istituti di ricovero e cura, delle attività degli istituti di ricerca scientifica e sperimentale e delle iniziative previste da leggi nazionali o dal piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo nazionale e internazionale per ricerche e sperimentazioni attinenti alla gestione dei servizi e alle tecnologie e biotecnologie sanitarie, in misura non inferiore alla relativa spesa storica. Fermo restando quanto previsto dal comma 2 dell'art. 121 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono determinati, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i criteri per il raccordo dell'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con la programmazione regionale, nonché le modalità per il finanziamento delle attività assistenziali;

b) sostituzione dei trasferimenti di cui alla lettera *a)* e di quelli connessi al conferimento di funzioni alle regioni di cui al capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, mediante un aumento dell'aliquota di compartecipazione dell'addizionale regionale all'IRPEF, con riduzione delle aliquote erariali in modo tale da mantenere il gettito complessivo dell'IRPEF inalterato; aumento dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina, la quale non potrà comunque essere superiore a 450 lire al litro; istituzione di una compartecipazione all'IVA, in misura non inferiore al 20 per cento del gettito IVA complessivo. Le assegnazioni alle regioni del gettito delle compartecipazioni, al netto di quanto destinato al fondo perequativo di cui alla lettera *e)*, avvengono con riferimento a dati indicativi delle rispettive basi imponibili regionali;

c) determinazione delle esatte misure delle aliquote di cui alla lettera *b)* in modo tale da assicurare, tenuto conto della regolazione delle quote riversate allo Stato ai sensi dell'art. 26, comma 2, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, la copertura complessiva dei trasferimenti aboliti;

d) previsione di meccanismi perequativi in funzione della capacità fiscale relativa ai principali tributi e compartecipazioni a tributi erariali, nonché della capacità di recupero dell'evasione fiscale e dei fabbisogni sanitari; previsione, inoltre, di un eventuale periodo transitorio, non superiore ad un triennio, nel quale la perequazione possa essere effettuata anche in funzione della spesa storica; ciò al fine di consentire a tutte le regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni e di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle capacità fiscali insufficienti a far conseguire tali condizioni e della esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali;

e) previsione di istituire un fondo perequativo nazionale finanziato attingendo alla compartecipazione all'IVA di cui alla lettera *b)*, ed eventualmente destinando a questa finalizzazione anche quota parte dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina di cui alla medesima lettera *b)*;

f) revisione del sistema dei trasferimenti erariali agli enti locali in funzione delle esigenze di perequazione connesse all'aumento dell'autonomia impositiva e alla capacità fiscale relativa all'ICI e alla compartecipazione all'IRPEF non facoltativa. La perequazione deve basarsi su quote capitarie definite in relazione alle caratteristiche territoriali, demografiche e infrastrutturali, nonché alle situazioni economiche e sociali e può essere effettuata, per un periodo transitorio, anche in funzione dei trasferimenti storici;

g) previsione di un periodo transitorio non superiore al triennio nel quale ciascuna regione è vincolata ad impegnare, per l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, una spesa definita in funzione della quota capitaria stabilita dal piano sanitario nazionale; la rimozione del vincolo è comunque coordinata con l'attivazione del sistema di controllo di cui alla lettera *i)*; gli eventuali risparmi di spesa sanitaria rimangono attribuiti in ogni caso alla regione che li ha ottenuti;

h) estensione dei meccanismi di finanziamento di cui alla lettera *b)* alla copertura degli oneri per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti trasferiti alle regioni, ai sensi del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, ad esito del procedimento di identificazione delle risorse di cui all'art. 7 della predetta legge n. 59 del 1997, tenuto conto dei criteri definiti nelle lettere precedenti, nonché dei criteri previsti dall'art. 48, comma 11, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, in quanto applicabile;

i) previsione di procedure di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata, in base ad appropriati parametri qualitativi e quantitativi, nonché di raccolta delle informazioni a tal fine necessarie, anche condizionando al loro rispetto la misura dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni; razionalizzazione della normativa e delle procedure vigenti in ordine ai fattori generatori della spesa sanitaria, con particolare riguardo alla spesa del personale, al fine di rendere trasparenti le responsabilità delle decisioni di spesa per ciascun livello di governo;

l) previsione di una revisione organica del trattamento e del regime fiscale attualmente vigente per i contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati ad enti o casse, al fine di:

1) riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, come disciplinati dalle disposizioni attuative della legge 30 novembre 1998, n. 419;

2) assicurare la parità di trattamento fiscale tra i fondi diversi da quelli di cui al numero 1);

3) garantire l'invarianza complessiva del gettito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche;

m) coordinamento della disciplina da emanare con quella attualmente vigente in materia per le regioni a statuto speciale, salvo i profili attribuiti alle fonti previste dagli statuti di autonomia;

n) estensione anche alle regioni della possibilità di partecipare alle attività di accertamento dei tributi erariali, in analogia a quanto già previsto per i comuni dall'art. 44 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600;

o) abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito dell'IRAP di cui all'art. 27, commi 1, 2 e 3, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, e conseguente rideterminazione dei trasferimenti erariali alle regioni, alle province e ai comuni in modo da garantire la neutralità finanziaria per i suddetti enti e la copertura degli oneri di cui all'art. 1-*bis* del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 gennaio 1997, n. 5. Ai fini della suddetta rideterminazione si fa riferimento alla compartecipazione all'IRAP per l'anno 1998;

p) previa verifica della compatibilità con la normativa comunitaria, facoltà per le regioni a statuto ordinario di confine di ridurre la misura dell'accisa sulle benzine, nei limiti della quota assegnata alle stesse regioni, anche in maniera differenziata per singoli comuni, in ragione della distanza dal confine nazionale. Previsione di misure di compartecipazione regionale all'eventuale aumento del gettito della quota statale dell'accisa sulle benzine accertato nelle regioni per effetto della prevista riduzione della quota regionale;

q) definizione delle modalità attraverso le quali le regioni e gli enti locali siano coinvolti nella predisposizione dei provvedimenti attuativi della delega di cui al presente comma;

r) previsione, anche in attuazione delle norme vigenti, di misure idonee al conseguimento dei seguenti principi e obiettivi:

1) le misure organiche e strutturali corrispondano alle accresciute esigenze conseguenti ai conferimenti operati con i decreti legislativi attuativi della legge 15 marzo 1997, n. 59;

2) le regioni siano coinvolte nel processo di individuazione di conseguenti trasferimenti erariali da sopprimere e sostituire con il gettito di compartecipazione di tributi erariali e di predisposizione della relativa disciplina.».

Nota all'art. 1:

— Per il testo dell'art. 8, comma 1, del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, vedasi nelle note alle premesse.

00G0320

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. **271**.

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto l'articolo 8, comma 8, del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che prevede che per i medici specialisti ambulatoriali interni, in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo n. 517 del 1993, continuano a valere le convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

Visto l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, che individua la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale;

Visto il provvedimento n. 706 del 18 giugno 1999 della Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di nomina della delegazione di parte pubblica;

Visto l'articolo 17, comma 1, lettera *d)*, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, così come modificata e integrata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati;

Preso atto che è stato stipulato, in data 9 marzo 2000, un accordo collettivo nazionale regolante il trattamento normativo ed economico dei medici specialisti ambulatoriali interni, sottoscritto in pari data dalla delegazione di parte pubblica e dai sindacati S.U.M.A.I. e C.I.S.L. medici;

Visto il parere n. 106/1991 con il quale il Consiglio di Stato in adunanza generale, ha precisato che gli accordi collettivi nazionali per il personale sanitario a rapporto convenzionale sono resi esecutivi su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 15 maggio 2000;

Considerato che i rilievi espressi dal Consiglio di Stato appaiono superabili, anche alla luce dei provvedimenti di attuazione della delega di cui all'articolo 10, comma 1, secondo periodo, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 luglio 2000;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro della sanità;

EMANA

il seguente regolamento:

Art. 1.

1. È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni stipulato in data 9 marzo 2000 ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 luglio 2000

CIAMPI

AMATO, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

VERONESI, *Ministro della sanità*

Visto, *il Guardasigilli:* FASSINO
Registrato alla Corte dei conti il 18 settembre 2000
Atti di Governo, registro n. 121, foglio n. 10

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

09/03/2000

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833 E DEL COMMA 8 DELL'ART. 8 DEL D. LEGISLATIVO N. 502/92, COSI' COME MODIFICATO DAL D. LEGISLATIVO N. 517/93 E DAL D. LEGISLATIVO N. 229/99

DICHIARAZIONE PRELIMINARE

Area dell'attività specialistica-distrettuale

1. Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, intesa quale fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, il Servizio Sanitario Nazionale demanda al livello dell' "assistenza specialistica distrettuale", tra l'altro, il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con l'assistenza medica di base e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

2. In tale quadro, attraverso il rapporto convenzionale previsto dall'art.48 della legge n.833/78, gli specialisti di cui all'Accordo Nazionale Unico per la Medicina Specialistica Ambulatoriale, sono parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario, integrandosi nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare nel distretto, secondo quanto previsto dal comma 1, lett. a) e b), dell'art. 3 quinquies del D. L.vo 229/99, e presso le strutture accreditate ospedaliere ed extraospedaliere per l'espletamento, secondo modalità di accesso ed erogative uniformi, di tutti gli interventi specialistici, diagnostico-terapeutici, preventivi e riabilitativi

3. Le parti si danno reciprocamente atto che nel processo di razionalizzazione del S.S.N. realizzato - attraverso i decreti legislativi nn. 502/92, 517/93 e n.229/99 - con modifiche della legge n. 833/78 finalizzate a garantire ai cittadini un sistema sanitario caratterizzato dall'equità ma anche dall' efficienza operativa e dall'efficacia dei risultati, il medico specialista ambulatoriale partecipa al rinnovamento del sistema sanitario assicurando:
- un rapporto coordinato con la dirigenza e con tutte le altre attività delle strutture operative delle Aziende sanitarie;
- la disponibilità a concorrere attivamente al decentramento dell' offerta di prestazioni specialistiche dai tradizionali presidii ai distretti territoriali ;
- un' attività flessibile per la pluralità dei servizi, delle sedi di lavoro e la variabilità degli orari;
- un corretto e conveniente rapporto costi / benefici a favore dell'utenza e del S.S.N..

4. Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde in ogni branca specialistica alla domanda dell'utenza in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell'assistenza contribuendo alla umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita e alla eliminazione degli sprechi.

5. Il medico specialista ambulatoriale è parte nel " Patto di solidarietà per la salute ",promosso dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1998 - 2000 , approvato con il D.P.R. 23 luglio 1998 , mettendo a disposizione le proprie specificità professionali e le proprie competenze a favore delle istituzioni e dei cittadini .

6. La flessibilità e la territorialità dell'impegno specialistico ,come aspetti caratteristici del rapporto di lavoro disciplinato dal presente accordo , divengono strumenti incisivi per abbattere , insieme agli altri operatori sanitari, le "disuguaglianze nei confronti della salute " per quanto riguarda ,in particolare , l'accesso ai sistemi di cura .

7. Nell'ambito del "Progetto nazionale per la salute" lo specialista ambulatoriale svolge un forte ruolo nel perseguire con le Regioni e le Aziende sanitarie i cinque obiettivi prioritari indicati dal "Piano". Infatti la peculiare diffusione della sua presenza a livello distrettuale garantisce il supporto specialistico alle iniziative dirette a promuovere comportamenti e stili di vita per la salute a

contrastare le principali patologie , a migliorare il contesto ambientale , a rafforzare la salute dei soggetti deboli e a portare la sanità italiana in Europa . In tale contesto si evidenzia la necessità di far fronte alle diverse esigenze delle Regioni e delle Aziende sanitarie prevedendo la stipula di accordi integrativi regionali e aziendali con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative tali da assicurare una migliore corrispondenza della offerta di prestazioni e di attività specialistica alla relativa domanda avanzata dai cittadini, come singole persone o come appartenenti alla comunità locale.

- 8. Nel macrolivello distrettuale lo specialista ambulatoriale conferisce al distretto la peculiare identità multiprofessionale caratterizzata dalla contemporanea offerta di prestazioni di base estese alle prestazioni specialistiche in un sistema integrato di tutte le attività sanitarie extraospedaliere.

9. L'attività dello specialista ambulatoriale nei distretti contribuisce a realizzare a favore del cittadino:

- la presenza di un'offerta , appropriata, qualificata e continuativa di prestazioni specialistiche, eseguibili anche a domicilio;
- la riduzione dei tempi di attesa in modo da garantire la risposta in tempi che ne assicurino l'utilità;
- la minimizzazione dei costi indiretti per l'accesso ai servizi.

Art. 1 - Campo di applicazione

1. Il presente Accordo regola, ai sensi dell'art.48 della legge n.833/78 e in forza dell'art. 8, comma 8, del decreto legislativo n.502/92 ,come modificato ed integrato dai decreti legislativi n. 517/93 e n. 229/99, il rapporto di lavoro convenzionale autonomo, coordinato e continuativo, instaurato nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), tra le Aziende e i medici specialisti e gli odontoiatri - di seguito denominati specialisti - per la erogazione in forma diretta delle prestazioni specialistiche sia a scopo diagnostico che curativo, preventivo e di riabilitazione.

2. Gli specialisti ambulatoriali erogano, all'interno del macro livello "Assistenza sanitaria distrettuale" previsto dal Piano sanitario nazionale 1998 - 2000, l'assistenza specialistica ambulatoriale in modo coordinato ed integrato con tutte le attività di assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero. In tale contesto gli specialisti ambulatoriali concorrono a garantire i livelli essenziali di assistenza che il S.S.N. è tenuto ad assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale alla totalità dei cittadini e che vengono definiti dai Piani sanitari regionali e dai programmi attuativi delle Aziende sanitarie.

3. Il rapporto con il S.S.N. è da intendersi unico a tutti gli effetti, anche se lo specialista svolge la propria attività in più posti di lavoro e/o in più Aziende.

4. Ai medici specialisti di cui al comma 1 è riconosciuta e garantita la piena autonomia professionale; i medici comunque garantiscono la piena disponibilità a forme di coordinamento organizzativo ed operativo finalizzato all'integrazione funzionale con gli altri servizi specialistici della Azienda anche secondo criteri dipartimentali.

5. Sono altresì previste forme di coordinamento funzionale della branca specialistica , anche per esigenze connesse all'integrazione interprofessionale a livello di distretto e di dipartimento nonchè per lo svolgimento dei programmi previsti dalla pianificazione regionale e locale.

6. Le Aziende, nell'ambito dei propri poteri, si avvalgono, per l'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1, di specialisti di cui al presente Accordo, utilizzando il numero complessivo di ore di attività formalmente deliberate nell'ambito regionale alla data di pubblicazione del Decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente Accordo.

7. Le Aziende garantiscono, comunque, la partecipazione della componente specialistica ambulatoriale (con le altre componenti) alla copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica, in relazione alle future esigenze, secondo regole e modalità ispirate ai criteri di programmazione sanitaria, da definirsi nelle competenti sedi istituzionali con la partecipazione della rappresentanza degli specialisti ambulatoriali.

8. I conseguenti provvedimenti che le Aziende adottano per assicurare il rispetto delle garanzie di cui ai commi precedenti sono assunti entro 30 giorni su parere conforme del comitato di cui all'art.12.

Art. 2 - Incompatibilità

1. Fermo restando quanto previsto dal punto 6 dell'art.48 della legge 23 dicembre 1978, n.833, e dall'art.4, comma 7, della legge 30/12/1991 n.412, non è compatibile il medico che:

a) abbia un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;

b) svolga attività medico-generica in quanto medico di libera scelta a ciclo di fiducia

iscritto negli elenchi previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale per i medici di medicina generale;

c) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta e abbia concorso in una branca diversa dalla pediatria;

d) eserciti la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche del presente Accordo;

e) operi a qualsiasi titolo nelle case di cura convenzionate o accreditate con il SSN. L'Azienda può comunque autorizzare lo specialista operante in branche chirurgiche all'esercizio professionale nelle case di cura convenzionate o accreditate qualora non sia in grado di garantire mezzi idonei ad assicurare la continuità terapeutica;

f) svolga attività fiscali concomitanti per la stessa Azienda;

g) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal Decreto del Presidente della Repubblica n.119 del 23 marzo 1988 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8, comma 5 ,del D. L.vo n. 502/92 così come modificato dal D.L.vo n. 517/93 e dal D.L.vo n. 229/99;

h) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale a mente del Decreto del Presidente della Repubblica n.120 del 23 marzo 1988 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art.8 del D.L.vo n. 502/92 così come modificato dal D.L.vo n. 517/93 e dal D.L.vo n.229/99;

i) operi a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le Aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art.43 della legge n.833 del 23 dicembre 1978 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99;

l) sia titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n.292 dell'8 giugno 1987 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8 D.L.vo n. 502/92 così come modificato dal D.L.vo n.517 e dal D.L.vo n.229/99.

2. Il verificarsi, nel corso dell'incarico, di una delle condizioni di incompatibilità di cui al comma 1 e della perdita di uno dei requisiti previsti dall'art.8, ad eccezione del requisito di cui alla lettera a) del comma 5 del medesimo articolo, determina la revoca dell'incarico.

3. Il provvedimento di revoca dell'incarico è adottato dalla Azienda, sentiti il Comitato di cui all'art.11 e lo specialista interessato.

Art. 3 - Massimale orario e limitazioni

1.L'incarico ambulatoriale, ancorchè sommato ad altra attività compatibile svolta in base ad altro rapporto, non può superare le 38 ore settimanali ed è espletabile presso più posti di lavoro e/o più Aziende o altre istituzioni pubbliche.

2. Ai fini dell'applicazione delle norme regolanti il massimale orario di attività settimanale espletabile dallo specialista, il Comitato zonale di cui all'art.11 tiene e aggiorna un apposito schedario nel quale vengono registrati i nominativi di tutti gli specialisti, l'orario di attività e le modalità di svolgimento presso ciascuna Azienda e dell'anzianità dell'incarico ambulatoriale.

3. Di ogni variazione del presidio sanitario cui lo specialista sia stato assegnato, del numero delle ore di attività, delle modalità di svolgimento dell'orario e del conferimento dei nuovi incarichi, le Aziende ne danno comunicazione entro dieci giorni al Comitato zonale di cui all'art.11, indicandone la decorrenza.

4. Il Comitato di cui all'art.11, qualora accerti situazioni di irregolarità, ha l'obbligo di informare le Aziende interessate affinché, sentito lo specialista, l'orario complessivo di attività ambulatoriale sia ricondotto alla misura massima prevista.

5. Il Comitato di cui all'art.11, qualora accerti situazioni non conformi alle norme, formula alle Aziende interessate proposte idonee ad assicurare il rispetto del presente Accordo.

Art. 4 - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità

1. Al fine di adeguare maggiormente l'offerta di prestazioni o attività specialistiche alla domanda dell'utenza, le Aziende, fermo restando il mantenimento dell'orario complessivo di incarico dello specialista, possono adottare provvedimenti tendenti a realizzare flessibilità operativa dell'orario di servizio in ambito aziendale e forme di mobilità interaziendale.

2. La flessibilità operativa dell'orario di servizio in ambito aziendale può riguardare:

a) modificazioni dei turni orari di attività nell'ambito dello stesso presidio;
b) concentrazione dell'orario di attività presso uno stesso presidio;
c) mobilità tra presidi collocati nello stesso comune;
d) mobilità tra presidi collocati in comuni diversi.

3. I provvedimenti di cui al comma 2 sono adottati dal soggetto aziendale competente, sentito lo specialista interessato.

4. La flessibilità organizzativa in ambito interaziendale si realizza attraverso:

a) concentrazione di attività tra Aziende infracomunali. Può essere disposta la concentrazione dell'attività presso una sola Azienda. La concentrazione è attuata appena si rende disponibile il turno vacante;
b) concentrazione di attività tra aziende limitrofe della stessa Regione. Può essere disposta la concentrazione dell'attività presso una sola Azienda, prima di avviare la procedura per il conferimento dei turni vacanti attraverso aumenti di orario ai sensi dell' art. 9;
c) mobilità tra Aziende infracomunali. Può essere disposta la mobilità, per una parte o per l'intero orario di servizio, a presidi, posti nello stesso comune, appartenenti ad altra Azienda;
d) mobilità tra Aziende limitrofe della stessa Regione. Può essere disposta la mobilità, per una parte o per l'intero orario di servizio, a presidi di altra Azienda limitrofa.

5. I provvedimenti di cui al comma 4 sono adottati, anche a domanda dello specialista, mediante deliberazioni dei Direttori Generali delle Aziende interessate previa intesa tra le Aziende stesse e sentito l' interessato, escluso il caso in cui lo stesso ne abbia fatto richiesta.

6. Qualora non sussista il consenso dello specialista interessato, i provvedimenti di cui ai commi 2 e 4 sono adottati ,nel rispetto dei criteri generali in materia di mobilità concordati in sede regionale con i sindacati di cui all'art. 20 comma 11, previo parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 11 che si esprime sulla sussistenza, o meno, di oggettivi impedimenti allo svolgimento da parte dello specialista dei nuovi turni di lavoro in assegnazione.

7. I provvedimenti di cui al presente articolo devono essere comunicati al Comitato di cui all'art. 11 contestualmente alla notificazione allo specialista interessato.

8. L'inizio del nuovo turno orario di lavoro non può avvenire prima di 30 giorni dalla notifica del provvedimento, salvo che l'interessato non dia l'assenso per un termine più breve.

9. La mancata accettazione del provvedimento, dopo aver espletato la procedura di cui al comma 6, comporta la decadenza dall'incarico per le ore oggetto del trasferimento.

10. Nel caso di non agibilità temporanea della struttura, l'Azienda assicura l'impiego temporaneo dello specialista in altra struttura idonea senza danno economico per l'interessato.

Art. 5 - Riduzione dell'orario di attività

1. L'Azienda, sentito obbligatoriamente il Comitato di cui all'art.11, può disporre la riduzione dell'orario di attività di uno specialista in caso di persistente contrazione dell'attività, documentata attraverso le richieste di prenotazione e le statistiche rilevate nell'arco di un anno.

2. L'Azienda non adotta il provvedimento di riduzione dell'orario previsto dal comma 1, qualora la contrazione dell'attività sia dipendente da specifiche carenze tecnico-organizzative dell'Azienda, e semprechè lo specialista le abbia evidenziate per iscritto ed in tempo utile ai responsabili del presidio, in particolare per quanto riguarda l'insufficienza e l'inadeguatezza delle attrezzature e del personale tecnico ed infermieristico e la mancanza dei requisiti minimi richiesti dalle norme vigenti.

3. Prima di adottare i provvedimenti di riduzione di orario di cui al comma precedente l'Azienda dà corso alle misure di cui all'art.4.-

4. L'eventuale provvedimento di riduzione, di cui al comma 1, da adottarsi da parte della Azienda su obbligatorio parere del Comitato di cui all'art.11 e sentito l'interessato, ha comunque effetto non prima di 45 giorni dalla comunicazione.

5. Contro i provvedimenti di riduzione dell'orario di attività è ammessa da parte dell'interessato opposizione al Direttore Generale dell'Azienda entro il termine perentorio di giorni 15 dal ricevimento della comunicazione scritta.

6. L'opposizione ha effetto sospensivo del provvedimento.

7. Il Direttore Generale della Azienda decide sull'opposizione sentito l'interessato e previo parere del Comitato di cui all'art.11 da esprimersi entro 30 giorni dalla richiesta.

8. Lo specialista può chiedere la riduzione dell'orario di attività con un preavviso non inferiore a 60 giorni.

Art. 6 - Cessazione dall'incarico

1. L'incarico può cessare per rinuncia dello specialista o per revoca della Azienda da comunicare a mezzo di raccomandata A.R..

2. La rinuncia e la revoca hanno effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricezione della lettera di comunicazione.

3. Su specifica richiesta dello specialista, l'Azienda, valutate insindacabilmente le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti.

4. La revoca dell'incarico ha effetto immediato nei seguenti casi:

a) cancellazione o radiazione dall'Albo professionale;
b) sopravvenuta, accertata e notificata incompatibilità ai sensi del precedente art.2;
c) condanna passata in giudicato per qualsiasi delitto non colposo punito con la reclusione;
d) aver compiuto il periodo massimo di conservazione del posto previsto dal successivo art.26 in caso di malattia;
e) aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età,fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'art. 15 - nonies del decreto legislativo

n. 229/99, che è facoltà dello specialista convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il sessantacinquesimo anno di età in applicazione dell'art.16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992,n. 503;

f) incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da un medico designato dalla Azienda, che la presiede, e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei Medici competente per territorio;

g) provvedimento disciplinare adottato ai sensi dell'art.14, comma 9, lett. d).

Art. 7 - Sospensione dall'incarico

1. L'incarico ambulatoriale è sospeso in caso di :

a) sospensione dall' esercizio della libera professione irrogata dall'Ordine professionale;

b) provvedimento adottato ai sensi dell'art.14;

c) emissione di ordine di custodia cautelare.

2. Nel caso previsto dal comma 1, lett. c), la riammissione in servizio è sempre subordinata al parere della Commissione di cui all'art.14.

Art. 8 - Graduatorie - Domande - Requisiti

1. Lo specialista, qualora aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario come sostituto o incaricato a tempo determinato ai sensi del "Protocollo aggiuntivo" di cui all' "Allegato n. 1" , deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno - a mezzo raccomandata A.R. o mediante consegna diretta al competente ufficio del Comitato Zonale nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico - apposita domanda redatta su modello conforme all'allegato B.

2. Qualora la Azienda comprenda Comuni di più Province la domanda deve essere inoltrata al Comitato Zonale della Provincia in cui insiste la sede legale dell'Azienda.

3. La domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi della legge 04.01.1968 n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, atte a provare il possesso dei titoli accademici e professionali elencati nella dichiarazione stessa (Allegato B).

4. La domanda deve essere in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.

5. Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:

a) non aver superato il 50° anno di età. Tale limite di età non opera per coloro che siano già titolari di incarico ai sensi del presente Accordo;

b) essere iscritto all'Albo professionale;

c) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche specialistiche previste nell'allegato "A"; il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione o dall'attestato di conseguita libera docenza in una delle Branche principali della specialità, come indicato nell'allegato "A"; per la branca di odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri di cui alla legge n.409/85.

6. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato "A".

7. Il Comitato di cui all'art.11, ricevute le domande entro il 31 gennaio di ciascun anno, provvede entro il 15 giugno alla formazione per ciascuna branca specialistica e con validità annuale di una graduatoria per titoli, da valutare secondo i criteri di cui all'allegato "A", parte seconda.

8. Il Direttore Generale dell'Azienda ove ha sede il Comitato ne cura la pubblicazione mediante affissione in apposito Albo per la durata di 15 giorni, e contemporaneamente la inoltra all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri.

9. Entro 15 giorni successivi all'ultimo giorno di pubblicazione gli interessati possono inoltrare mediante raccomandata A.R. istanza motivata di riesame al Direttore Generale di cui al comma 8, il quale procede al riesame delle graduatorie, su conforme parere del Comitato medesimo e le approva con apposita delibera provvedendo alla loro pubblicazione entro 30 giorni successivi alla scadenza del termine predetto.

10. Le graduatorie definitive, approvate, sono pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione entro il 15 dicembre di ciascun anno.

11. La pubblicazione costituisce notificazione ufficiale agli interessati e alle Aziende.

12. L'Assessorato regionale alla sanità cura l'immediato invio del Bollettino Ufficiale agli Ordini provinciali dei Medici e degli Odontoiatri e alle Aziende sedi dei Comitati di cui all'art.11.

13. Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

Art. 9 - Assegnazione di turni disponibili e obblighi contrattuali

1. I provvedimenti adottati dalle Aziende per gli aumenti di orario collegati alla copertura dei turni resisi disponibili vengono pubblicati da ciascuna Azienda sull'albo del Comitato Zonale nei mesi di febbraio, aprile , giugno , agosto , ottobre e dicembre ,dal giorno 15 alla fine dello stesso mese.

2. La pubblicazione dei turni disponibili può contenere eventuali specificazioni circa il possesso di particolari capacità professionali che si richiedono allo specialista, al quale deve essere attribuito il turno stesso. In tali casi la scelta dello specialista, nel rispetto delle procedure di cui all'art.10, avviene sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità richieste da parte di apposita commissione di esperti del settore composta di due specialisti delegati dalla Azienda e due specialisti designati da membri di parte medica del Comitato consultivo zonale di cui all'art.11.

3. I Sindacati firmatari del presente Accordo tengono in visione per gli interessati presso le proprie sedi i turni disponibili,comunicati dalla Azienda.

4. Gli specialisti aspiranti al turno disponibile, entro il 10° giorno del mese successivo a quello della pubblicazione, devono comunicare con lettera raccomandata, la propria disponibilità al Comitato di cui all'art.11, il quale individua, entro 15 giorni successivi alla scadenza del termine , l'avente diritto secondo l'ordine di priorità di cui all'art.10.

5. Lo specialista che presta la propria attività per l'Azienda deve :

a)attenersi alle disposizioni che l'Azienda emana per il buon funzionamento dei presidi e il perseguimento dei fini istituzionali;
b)attenersi alle disposizioni contenute nel presente Accordo;
c) redigere e trasmettere al Comitato di cui all'art. 11 entro il 15 febbraio di ciascun anno il foglio notizie di cui all'allegato "B";
d) osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico.

6. Le Aziende provvedono al controllo dell'osservanza dell' orario con gli stessi

sistemi di rilevazione della presenza in servizio adottati per i medici dipendenti.

7. A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate trattenute mensili sulle competenze dello specialista inadempiente, previa rilevazione contabile, sulla documentazione in possesso della Azienda delle ore di lavoro non effettuate.

8. Poiché l'inosservanza dell'orario è fonte di disservizio, ripetute e non occasionali infrazioni in materia devono essere contestate per iscritto allo specialista da parte della Azienda ; in caso di recidiva o persistenza la Azienda deferisce lo specialista alla Commissione di cui all ' art. 14 per i provvedimenti di competenza.

9. Gli specialisti già in servizio ,nel prendere visione presso il luogo di lavoro del presente Accordo, rilasciano esplicita dichiarazione di accettazione dell'Accordo stesso.

10. Il rifiuto di lasciare la suddetta dichiarazione comporta l'automatica decadenza dall'incarico.

Art. 10 - Modalità per l'attribuzione dei turni disponibili

1. Premesso che lo specialista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca e all'interno di uno o più ambiti zonali limitrofi anche se appartenenti a province diverse confinanti della stessa Regione e che le ore di attività che risultano vacanti a qualsiasi titolo sono ricoperte o attraverso aumenti di orario nella stessa branca o attraverso riconversione in branche diverse, per l'attribuzione dei turni comunque disponibili, l'avente diritto è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:

a) specialista che nella specialità esercitata svolga, nell'ambito zonale, esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, documentata dal foglio notizie; medico generico ambulatoriale, di cui alla "Norma finale n. 6" in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta al Comitato di cui all'art.11 di ottenere un incarico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;

b) specialista che svolga esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo (documentata dal foglio notizie) in diverso ambito zonale limitrofo, anche se appartenente ad altra provincia confinante della stessa Regione. Relativamente all'attività svolta come aumento di orario ai sensi della presente lett. b) allo specialista non compete il rimborso delle spese di accesso di cui all'art.35;

c) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

d) specialista titolare di incarico in altro ambito territoriale zonale, definito ai sensi dell'art.11, che faccia richiesta al Comitato zonale di cui all'art.11 di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità. Tale specialista, ove riceva l'incarico, deve trasferire la propria residenza nel Comune nel cui ambito è sito il presidio ambulatoriale;

e) specialista titolare di incarico che esercita esclusivamente attività ambulatoriale e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

f) specialista in atto titolare di incarico nello stesso ambito zonale, che per lo

svolgimento di altra attività sia soggetto alle limitazioni di orario di cui all'art.3;

g) specialista titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM.

2. Ai fini delle procedure di cui al comma 1, per ogni singola lettera da a) a g), l'anzianità di servizio ambulatoriale o di attività riconosciuta equivalente, in virtù di precedenti accordi ,costituisce titolo di precedenza a parità di condizione; in caso di pari anzianità di servizio è data precedenza all'anzianità di specializzazione.

3. In ogni caso, allo specialista disponibile ad assumere l'incarico ai sensi del comma 1 non è consentito il trasferimento qualora non abbia maturato un'anzianità di servizio di almeno 18 mesi nell'incarico in atto alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.

4. Lo specialista in posizione di priorità viene invitato dal Comitato zonale di cui all'art.11, a compilare dichiarazione di disponibilità al conferimento dell'incarico, da inoltrare entro 20 giorni alla Azienda, per la formalizzazione dell'incarico, che dovrà avvenire entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione.

5. In deroga alle priorità ed alle procedure di cui ai commi che precedono, qualora per una determinata branca specialistica si verifichi un incremento delle richieste di prestazioni, la Azienda, sentiti i Sindacati di cui all'art. 20 comma 12, ha la facoltà di attribuire aumenti di orario ad uno o più specialisti che prestano servizio nella branca, sempreché il sanitario interessato al provvedimento svolga in via esclusiva attività professionale ai sensi del presente Accordo.

6. La Azienda deve notificare al Comitato zonale entro 15 giorni dal provvedimento il nominativo del sanitario cui è stato incrementato l'orario e la consistenza numerica dell'orario aumentato.

7. In attesa del conferimento dell'incarico secondo le procedure suindicate la Azienda può conferire incarichi provvisori secondo l'ordine della graduatoria con priorità per i medici non titolari di altro incarico e non in posizione di incompatibilità.

8. L'incarico provvisorio non può avere durata superiore a tre mesi e cessa in ogni caso con la nomina del titolare.

9. Allo specialista incaricato in via provvisoria spetta lo stesso trattamento previsto dall'art.28 per i sostituti non titolari di altro incarico.

Art. 11 - Comitato consultivo zonale

1. In ogni ambito provinciale, comprensivo di una o più Aziende, è costituito un Comitato consultivo zonale.

2. Il Comitato ha sede presso l'Azienda individuata ai sensi del precedente Accordo nazionale.

3. L'Azienda sede del Comitato zonale, d'intesa con l'Assessore alla sanità della Regione, è tenuta ad assicurare i mezzi finanziari, i locali ed il personale assegnato per livelli funzionali a tale attività, facente parte della sua struttura amministrativa, per lo svolgimento dei compiti del Comitato e per consentire al segretario l'espletamento di tutte le funzioni attribuite al Comitato stesso.

4. Il Comitato è composto da:

a) il Direttore Generale dell'Azienda, o da un suo delegato, che ne assume le presidenza;

b) cinque rappresentanti tecnici delle Aziende, designati dal Direttore Generale dell'Azienda ove risiede il Comitato;

c) sei rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo: tre rappresentanti vengono designati, tra gli specialisti operanti nell'ambito zonale, dai Sindacati di cui all'art. 20 comma 12, nella misura di un rappresentante per ciascun Sindacato, e tre vengono eletti tra i medici specialisti ambulatoriali Qualora uno o più sindacati non abbiano la possibilità di designare un proprio

rappresentante, è data facoltà agli altri sindacati di designarne altri, oltre al proprio,fino al raggiungimento del numero di tre.

5. Le elezioni dei rappresentanti degli specialisti sono svolte, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, a cura dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, avvalendosi della collaborazione dei Sindacati di cui all'art. 20 comma 12, che ne assumono anche l'onere economico.

6. Oltre ai titolari, saranno rispettivamente nominati ed eletti, con le stesse modalità, altrettanti membri supplenti i quali subentreranno in caso di assenza di uno o-più titolari.

7. Il Comitato è costituito con provvedimento del Direttore Generale dell'Azienda, che procede alla nomina dei componenti.

8. Il Comitato svolge i seguenti compiti:

a) formazione delle graduatorie;

b) gestione unitaria del rapporto relativamente agli specialisti che operano presso più Aziende dello stesso ambito zonale, nonché tenuta ed aggiornamento di un apposito schedario dei singoli specialisti incaricati presso le singole Aziende con l'indicazione dei giorni e dell'orario di attività in ciascun presidio, delle date di conseguimento dell'incarico e degli incrementi orari, delle attività rilevanti ai fini della determinazione dei massimali orari di cui all'art.3, del sopravvenire di motivi di incompatibilità di cui all'art.2, della certificazione dello stato di servizio dei sanitari, nonché di ogni altra attività prevista dal presente Accordo;

c) indicazione, alla Azienda che deve conferire l'incarico, del nominativo dello specialista avente diritto all'aumento di orario e a ricoprire il turno vacante;

d) evidenziazione ed aggiornamento delle posizioni degli specialisti sia incaricati che in graduatoria ai fini:
- dell'accertamento, sulla scorta dei fogli notizie compilati annualmente dagli interessati, delle incompatibilità e delle limitazioni previste dalle vigenti norme, nonché del possesso dei titoli e requisiti previsti dalle stesse; verifica della certificazione di non incompatibilità con gli orari di servizio rilasciata dalle istituzioni pubbliche e private, presso cui il sanitario presta servizio in qualità di dipendente o di convenzionato, al momento in cui nei confronti del sanitario stesso deve essere conferito un nuovo incarico o deve essere dato un aumento di orario di attività dell'incarico in atto svolto;
- della formulazione alle Aziende, sulla base delle domande ricevute, delle proposte di trasferimento o accentramento dell'incarico in una sede più vicina alla residenza dello specialista anche nell'ambito dello stesso Comune;

e) invio, entro la data del 15 gennaio di ciascun anno, dei fogli informativi annuali da compilarsi da parte degli specialisti incaricati;

f) procedure di cui agli artt.4 e 5 del presente Accordo.

9. Il Comitato svolge funzioni consultive a richiesta dei Direttori Generali delle Aziende in merito alle attività specialistiche previste dal presente Accordo.

10. Il Comitato qualora a richiesta di una delle parti debba trattare specifici aspetti riguardanti una singola Azienda è integrato dal titolare del potere di rappresentanza della Azienda interessata o da un suo delegato e da uno specialista titolare d'incarico designato dai componenti di parte medica membri del Comitato zonale.

11. Il Comitato si riunisce periodicamente almeno una volta al mese e in tutti i casi di richiesta di una delle parti.

12. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario o dirigente amministrativo indicato dalla Azienda sede del Comitato. Il segretario risponde degli atti inerenti alle sue funzioni al presidente del Comitato.

Art.12 - Comitato Consultivo regionale

1. In ciascuna delle Regioni è istituito con provvedimento dell' Amministrazione regionale, un Comitato consultivo composto da:
a) l'Assessore regionale alla Sanità o un suo delegato che ne assume la presidenza;
b) cinque membri rappresentanti delle Aziende individuate dall'Assessore regionale alla Sanità;
c) sei membri rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo; tre rappresentanti vengono designati, tra gli specialisti operanti nell'ambito regionale, dai Sindacati di cui all'art. 20 comma 11 nella misura di un rappresentante per ciascun Sindacato firmatario, e tre vengono eletti tra i medici specialisti ambulatoriali. Qualora uno o più sindacati non abbiano la possibilità di designare un proprio rappresentante, è data facoltà agli altri sindacati di designarne altri, oltre al proprio, fino al raggiungimento del numero di tre.

2. Le elezioni dei rappresentanti degli specialisti sono svolte, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, a cura dell'Ordine del capoluogo regionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, avvalendosi della collaborazione dei Sindacati di cui all'art. 20 comma 11, che ne assumono anche l'onere economico.

3. Oltre ai titolari saranno rispettivamente nominati e eletti con le stesse modalità altrettanti membri supplenti i quali subentreranno in caso di assenza di uno o più titolari.

4. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario o dirigente amministrativo indicato dalla Regione.

5. La sede del Comitato è indicata dall'Amministrazione regionale.

6. La Regione destina i mezzi, i locali ed il personale necessari per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni attribuiti al Comitato dal presente Accordo.

7. Il Comitato formula proposte ed esprime pareri in ordine ai provvedimenti di competenza regionale, in merito alla corretta ed uniforme interpretazione delle norme del presente Accordo nazionale ed alla rapida applicazione delle stesse.

8. Il Comitato svolge funzioni consultive a richiesta delle parti interessate.

9. Il Comitato si riunisce almeno una volta ogni tre mesi e ogni qualvolta richiesto da una delle parti.

Art. 13 - Funzionamento dei Comitati di cui agli articoli 11 e 12

1. I Comitati di cui agli articoli 11 e 12 sono validamente riuniti qualunque sia il numero dei componenti presenti e deliberano a maggioranza.

2. In caso di parità, prevale il voto del Presidente.

3. I pareri di competenza dei Comitati, che sono vincolanti nei casi espressamente previsti dalle norme, sono in ogni caso obbligatori e devono essere resi entro trenta giorni .

Art. 14 - Commissione di disciplina

1. E' istituita, con provvedimento del Direttore Generale dell' Azienda, una Commissione aziendale di disciplina composta da:
a) tre membri medici;
b) tre rappresentanti degli specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo. Tali rappresentanti sono designati tra i medici specialisti ambulatoriali, operanti nella Azienda, da parte dei Sindacati di cui all'art. 20 comma 12.

2. Il Presidente è individuato all'interno della Commissione dai componenti; in caso di mancata intesa svolge le funzioni di Presidente il più anziano di età.

3. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dall' Azienda.

4. La Commissione ha sede presso l' Azienda che ne assume gli oneri di funzionamento.

5. La Commissione è competente ad esaminare i casi dei medici deferiti per infrazione degli obblighi o dei doveri di comportamento professionale derivanti dall'Accordo, iniziando la procedura entro 30 giorni dal deferimento e ad adottare le conseguenti decisioni.

6. Al medico deferito sono contestati per iscritto gli addebiti ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito di persona ove lo richieda.

7. La Commissione è validamente riunita se è presente la maggioranza dei suoi componenti; le deliberazioni sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti.

8. In caso di parità di voti prevale il voto del Presidente.

9. La Commissione assume con atto motivato uno dei provvedimenti che seguono:

a) Richiamo:
per trasgressione ed inosservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo. Il richiamo comporta la sospensione per un turno dalla possibilità di avvalersi della prelazione di cui all'art.9.

b) Diffida;
per violazione dei doveri di comportamento professionale derivanti dall'Accordo. La diffida comporta la sospensione per quattro turni dalla possibilità di avvalersi della prelazione di cui all'art.9.

c) Sospensione del rapporto per durata non superiore a due anni:
- per recidiva per inadempienza già oggetto di richiamo o di diffida;
- per gravi infrazioni finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;
- per mancata effettuazione della prestazione richiesta ed oggettivamente eseguibile nell'ambito della struttura pubblica;
- per omissione di segnalazione del sussistere di circostanze comportanti incompatibilità, limitazioni orarie, percepimento di indebito emolumento.

Il provvedimento comporta la sospensione della possibilità di avvalersi della prelazione di cui all'art.9 per tutta la durata della sospensione e comunque per un periodo non inferiore a quattro turni.

d) Revoca:
- per recidiva specifica di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto;
- per instaurazione di procedimento penale per infrazioni, configurantisi come reati, per le quali l'Azienda abbia accertato gravissime responsabilità.

e) Proscioglimento dello specialista dalle contestazioni e archiviazione del procedimento.

10. La decisione della Commissione è comunicata, a cura del Presidente e per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, al Direttore Generale dell'Azienda perché sia formalmente recepita con proprio provvedimento, da notificare all'interessato e da comunicare all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di competenza e al Presidente del Comitato di cui all'art.11, che ne dà notizia alle altre Aziende cointeressate per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Art. 15 - Ruolo professionale dello specialista

1. Lo specialista convenzionato concorre ad assicurare - nell'ambito delle

attività distrettuali come individuate dal Piano sanitario nazionale 1998- 2000, approvato con il D.P.R. 23 luglio 1998 - l'assistenza primaria ai cittadini unitamente agli altri operatori sanitari che svolgono la loro attività nel distretto, secondo quanto previsto dall' art. 3-quinquies, comma1, lettere a), b) e c)del decreto legislativo n. 229/99.

2. Ai sensi dell' art. 3-sexies, comma 2 , del decreto legislativo sopra richiamato, lo specialista partecipa di diritto, insieme al rappresentante dei medici di medicina generale e al rappresentante dei pediatri di libera scelta, all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali .

3. Lo specialista deve assolvere tutti i compiti inerenti lo svolgimento delle attività specialistiche di competenza, fermo restando il rispetto dei doveri deontologici la cui valutazione è di competenza dell' Ordine provinciale di iscrizione. Le prestazioni dello specialista riguardano tutti gli atti e gli interventi di natura specialistica tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, in sede ospedaliera o territoriale ambulatoriale, domiciliare, di assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, di assistenza nelle residenze protette, di assistenza domiciliare integrata e negli ambulatori dei medici di medicina generale.

4. Nell'ambito del macro livello assistenza sanitaria distrettuale, previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, la presenza di attività assistenziale specialistica a carattere ambulatoriale assicura al distretto un più accentuato carattere multifunzionale e di integrazione multidisciplinare, cui lo specialista partecipa con:

a) l'assicurare il consulto con il medico di base, previa autorizzazione dell' Azienda;
b) l'assicurare il consulto specialistico interdisciplinare;
c) rispondere ai quesiti clinici compilando il referto specialistico da inviare al richiedente in busta chiusa;
d) l'utilizzare i referti degli accertamenti diagnostici effettuati in altri presidi sanitari, compatibilmente con le condizioni cliniche in atto del soggetto, evitando la duplicazione inutile e non necessaria delle prestazioni sanitarie;
e) il compilare le proposte motivate di ricovero correlandole degli accertamenti eseguiti o in possesso del paziente;
f) l'adeguarsi alle disposizioni dell' Aziende in tema di interventi sanitari di preospedalizzazione e di dimissione protetta;
g) il prescrivere direttamente accertamenti strumentali e non, di carattere specialistico evidenziando il dubbio o quesito diagnostico, nonché fornire ogni altro dato utile a qualificare l'indagine e abbreviare il tempo di diagnosi;
h) l'usare le attrezzature diagnostiche e terapeutiche fornite dalla Azienda comunicando al responsabile del Servizio eventuali avarie;
i) il compiere tutti gli atti di rilevamento epidemiologico, richiesti dalla Azienda, con fini preventivi per la preparazione, lo studio e la programmazione delle indagini statistico-sanitarie;
l) l'informare il medico di base del risultato diagnostico raggiunto, suggerendo eventualmente la terapia;
m) l'assumere in cura il paziente su proposta del medico curante ovvero direttamente nei casi in cui lo ritenga necessario, dandone motivata comunicazione al curante;
n) il redigere, a richiesta degli interessati, certificati prognostici in dipendenza di malattia di propria competenza specialistica diagnosticata nel presidio, ovvero i certificati attestanti la frequenza del presidio specialistico ai fini sanitari;
o) il collaborare alle attività di farmacovigilanza pubblica;
p) le attività di supporto agli atti di natura medico-legale;
q) le attività specialistiche, comprese quelle di consulenza, richieste dalle Aziende

per i propri fini istituzionali.

5. Nell'attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione il medico specialista è tenuto alla compilazione dei referti sull'apposito modulario e con apposizione di firma e timbro che rechi anche la qualifica specialistica.

6. Le proposte d' indagini specialistiche e le prescrizioni di specialità farmaceutiche e di galenici da parte dello specialista ambulatoriale avvengono in conformità a quanto previsto in merito dall'Accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale.

7. Lo specialista ambulatoriale convenzionato può prescrivere le stesse specialità medicinali riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti,ove consentito dalle norme vigenti.

8. Il ruolo dello specialista ambulatoriale si realizza attraverso la sua partecipazione al "Programma delle attività territoriali", nell'ambito delle risorse assegnate al distretto, come previsto dall'art. 3-quater, comma 2, del D.L.vo n. 299/99, mediante lo svolgimento delle attività e la erogazione delle prestazioni specialistiche indicate dal presente Accordo collettivo nazionale nonché dai progetti e programmi di rilievo regionale ed aziendale, in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento individuati dalla Azienda.

Art. 16 - Organizzazione del lavoro

1. L'attività specialistica è regolata dal punto di vista organizzativo dall'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, tenendo conto degli eventuali modelli dipartimentali operanti nell'Azienda. I medici specialisti ambulatoriali collaborano con le altre figure professionali operanti nel distretto ed, in particolare, con i medici di medicina generale, secondo le esigenze funzionali valutate dal direttore del distretto. Per determinati servizi, l'attività specialistica può essere svolta anche in ore notturne e/o festive.

2. Al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate dagli specialisti, le Aziende dovranno garantire il possesso da parte dei poliambulatori pubblici dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi necessari allo svolgimento delle attività e di un congruo numero di personale tecnico ed infermieristico.

3. E' consentito l'accesso negli ambulatori pubblici da parte dell'assistito, senza richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), psichiatria e neuropsichiatria infantile, salvi i casi di urgenza e per le attività consultoriali e quelle di prevenzione legate a progetti obiettivo distrettuali per i quali l'accesso diretto è consentito anche alle altre branche specialistiche.

4. Ai fini organizzativi l'accesso ai servizi specialistici avviene con il sistema di prenotazione che tenga conto delle richieste di prestazioni che rivestono carattere di urgenza o di gravità del caso clinico, e del numero di ore di attività specialistica disponibili al momento della richiesta.

5. La prenotazione relativa alle visite successive è effettuata secondo modalità di programmazione predisposte dallo specialista ai fini di assicurare la continuità diagnostico terapeutica.

6. Il numero di prestazioni erogabili per ciascuna ora di'attività è determinato sulla base della tipologia e della complessità della prestazione; comunque al fine di fornire una prestazione qualificata il numero di prestazioni è demandato alla scienza e coscienza dello specialista e non può di norma essere superiore a quattro.

7. Qualora le prenotazioni siano state tutte soddisfatte prima del termine

dell'orario stabilito dalla lettera di'incarico, lo specialista resta a disposizione fino alla scadenza di detto orario per eventuali ulteriori prestazioni autorizzate dal medico responsabile del poliambulatorio.

8. Nel caso che l'orario disponibile secondo la lettera di'incarico si sia esaurito senza che tutte le prenotazioni siano state soddisfatte lo specialista eseguirà, ove sia possibile, le residue prestazioni, a mente di quanto previsto dal presente articolo, commi 10, 11e 12.

9. La media delle prestazioni erogate dallo specialista è soggetta a periodiche verifiche da parte dell' Azienda sulla scorta dei dati relativi alla casistica clinica (e non numerica) ed in relazione alla dotazione tecnico strumentale e di personale esistente nel presidio.

10. Qualora sia necessario superare occasionalmente l'orario di servizio, l'Azienda provvede ad indicare le modalità organizzative e ad autorizzarne il prolungamento previo assenso dello specialista interessato.

11. La richiesta di prolungamento d' orario può essere avanzata anche da parte dello specialista.

12. Al sanitario autorizzato a prolungare l'orario viene corrisposto il compenso orario di cui all'art. 30 maggiorato degli incrementi periodici di anzianità.

13. Per ciascun servizio specialistico, al quale sia addetta una pluralità di sanitari convenzionati ai sensi del presente accordo - non inferiore a tre unità per le branche di radiologia e analisi e non inferiore a tre unità per la fisiokinesiterapia - gli specialisti titolari di incarico in ciascuna branca in servizio presso l'Azienda individuano tra di loro, previo assenso dell'interessato, un responsabile di branca. Lo specialista in patologia clinica che, ai sensi della normativa vigente, svolge la funzione di Direttore tecnico responsabile di laboratorio, assume contestualmente l'incarico di responsabile di branca; lo specialista in interesse non si pone in posizione di preminenza gerarchica rispetto agli altri specialisti di branca, ma di riferimento operativo con attribuzione d' indirizzi e di verifica del programma di lavoro. Le funzioni ed i compiti del responsabile di branca sono individuati mediante accordi regionali con le organizzazioni sindacali di cui all'art. 20 comma 11, prevedendo anche appositi compensi.

14. Le modalità tecniche e professionali di erogazione dell'assistenza specialistica di cui al presente Accordo sono demandate alla scienza e coscienza dello specialista, nel rispetto delle norme deontologiche che regolano la professione e nel quadro dei programmi e degli obiettivi dell' Azienda.

15. L'Azienda può integrare il lavoro svolto dagli specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo con il lavoro di specialisti a rapporto di dipendenza facenti parte della pianta organica dell' Azienda stessa nell'ambito dell'orario ordinario di servizio del sanitario.

16. L'attività dello specialista è sottoposta a verifica periodica, sulla base d'intese raggiunte tra la Regione e le Organizzazioni sindacali di cui all'art. 20 comma 11, circa il raggiungimento di specifici obiettivi, individuali o di gruppo, da valutare sulla base di indicatori predefiniti, concordati tra le parti.

17. L'esito positivo di ciascuna verifica comporta un incentivo economico da parte dell'Azienda la cui determinazione è definita per ciascun obiettivo fra le Regioni e le organizzazioni sindacali di cui all'art. 20 comma 11. Qualora l'esito sia stato negativo, l'accordo regionale ne stabilisce gli effetti.

Art.17. Programmi e progetti finalizzati

1.Qualora la programmazione regionale ed aziendale preveda lo svolgimento di progetti e programmi finalizzati, concernenti anche l'attività specialistica

distrettuale-fermo restando l'obbligo di eseguire le prestazioni di cui all'art.15, commi 3 e 4-lo specialista è tenuto a effettuare, sulla base di accordi stipulati tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali di cui all'art. 20 comma 11, a richiesta delle Aziende e secondo modalità organizzative preventivamente concordate con il dirigente sanitario responsabile specifiche attività di diagnosi, cura e riabilitazione.

2. L'Accordo regionale individua le prestazioni e le attività individuali o di gruppo per raggiungere specifici obiettivi e le modalità di esecuzione e di remunerazione aggiuntiva delle stesse. La partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, azioni programmate, programmi di preospedalizzazione e di dimissione protetta, comporta la remunerazione aggiuntiva delle relative attività secondo quanto stabilito dall'Accordo regionale.

3. Le Aziende recepiscono l'Accordo regionale e lo applicano per le parti di specifico interesse.

4. L'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali nell'ambito di progetti e di programmi finalizzati concernenti il personale dipendente è disciplinata all'interno dei progetti e programmi stessi ed è valutata agli effetti economici in proporzione all'apporto dato dallo specialista convenzionato che vi partecipa per il raggiungimento dei risultati.

Art. 18 - Attività distrettuali e pronta disponibilità

1. L'Azienda, per propri fini istituzionali o esigenze erogative, può fare svolgere allo specialista ambulatoriale ulteriore attività professionale, al di fuori della sede abituale di lavoro, quale risulta dalla lettera di incarico (attività extra-moenia).

2. Le prestazioni specialistiche in regime di attività extra-moenia sono svolte dallo specialista:

a) nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
b) presso il domicilio del paziente;
c) presso le strutture pubbliche del S.S.N. (residenze sanitarie assistenziali, servizi socio-assistenziali di tipo specialistico, ospedali, ecc.), scuole, fabbriche, case protette, comunità terapeutiche, carceri ecc.
d) presso lo studio del medico di medicina generale;
e) nell'ambito delle prestazioni aggiuntive di cui al "Nomenclatore tariffario", allegato "D".

3. L'attività extra-moenia è svolta al di fuori o durante l'orario di servizio, semprechè ricorrano oggettive condizioni di fattibilità, ed è preventivamente programmata con lo specialista interessato.

4. Per lo svolgimento di attività extra-moenia al di fuori dell'orario di servizio, allo specialista è attribuito un emolumento forfettario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'art. 30 rapportato al tempo di esecuzione di 90 minuti per ciascuna prestazione. Qualora in occasione di un singolo accesso siano eseguite una pluralità di prestazioni, per ciascuna prestazione successiva alla prima il tempo di esecuzione è determinato in 20 minuti.

5. Per lo svolgimento di attività extra-moenia durante l'orario di servizio, allo specialista è attribuito un emolumento forfettario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'art. 30 rapportato al tempo di esecuzione di 60 minuti per ciascuna prestazione. Qualora in occasione di un singolo accesso vengano eseguite una pluralità di prestazioni, per ciascuna prestazione successiva alla prima il tempo di esecuzione è determinato in 20 minuti.

6. Qualora lo specialista operi in un servizio in cui è attivato l'istituto della pronta disponibilità, la stessa dovrà essere assicurata dallo specialista compatibilmente con la propria residenza e con le stesse modalità del personale

dipendente.

7. Per l'istituto di cui al comma precedente, allo specialista spetterà lo stesso compenso attribuito al personale dipendente.

Art. 19 – Formazione continua

1. La formazione continua dello specialista comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente come definite dall'art. 16 bis, commi 1 e 2 del D. L.vo n. 229/99.

2. Lo specialista partecipa alle iniziative formative programmate e organizzate dalle Regioni, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla "Commissione nazionale per la formazione continua" e degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale definiti dalle Regioni stesse, secondo quanto stabilito dall'art. 16 ter del su richiamato decreto legislativo.

3. Allo specialista sono assegnati i crediti formativi secondo i criteri definiti dalla "Commissione nazionale per la formazione continua" e dalle norme vigenti.

4. Ai sensi dell'art. 16 quater, comma 1, del suddetto decreto legislativo, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico specialista ai sensi del presente Accordo Collettivo Nazionale.

5. Ai sensi dell'art. 16 quater, comma 2, del decreto già citato, lo specialista che nel triennio non abbia conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale è escluso da ogni aumento di orario di incarico ai sensi del presente Accordo.

6. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale concordano annualmente l'ammontare dello specifico finanziamento destinato alla formazione continua.

7. Le Regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli Ordini professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi per la formazione continua, sentite le Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale.

8. Fermo restando l'obbligo di partecipare alle iniziative di formazione continua promosse dal Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito del diritto ai percorsi formativi autogestiti, di cui all'art. 16 bis, comma 2, del Decreto L.vo n. 229/99, la partecipazione ad iniziative di formazione da parte dello specialista ambulatoriale, per un minino di 32 ore annue, fatte salve diverse determinazioni concordate tra Regioni e Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, determina il riconoscimento di un corrispondente permesso retribuito.

Art. 20 – Tutela sindacale

1. Ai fini dell'esercizio del diritto alla tutela sindacale è riconosciuto a ciascun sindacato di categoria dei medici specialisti ambulatoriali la fruizione di tre (3) ore annue retribuite per iscritto.

2. Il numero degli specialisti ambulatoriali iscritti è rilevato a livello provinciale sulla base dei medici a carico dei quali – per ciascun Sindacato nazionale - viene

effettuata a cura della Azienda la trattenuta della quota sindacale di cui al successivo art.39.

3. Il diritto di cui al comma 1 del presente articolo è riconosciuto ai soli sindacati nazionali di categoria dei medici ambulatoriali strutturati ed organizzati a livello regionale e provinciale, e firmatari del presente Accordo.

4. Il distacco sindacale di cui ai punti 1 e 2 che precedono è calcolato, per gli specialisti che ne usufruiscono, come attività di servizio ed ha piena validità per tutti gli aspetti sia normativi che economici del presente Accordo.

5. Tutti gli emolumenti e contributi relativi all'orario di servizio ambulatoriale saranno corrisposti a tutti i rappresentanti sindacali facenti parte dei Comitati e delle Commissioni previsti dal presente Accordo, o per la partecipazione a organismi previsti da norme nazionali e regionali, ove l'orario in cui si svolgono le riunioni o i lavori di detti organismi coincida con l'orario di servizio.

6. Agli effetti della gestione dei precedenti punti 1) e 2) del comma 1 del presente articolo, il responsabile nazionale del sindacato comunica, entro il 30 settembre di ogni anno, con un'unica lettera indirizzata a tutti gli Assessori regionali alla Sanità e al Ministero della Sanità, i nominativi degli specialisti per i quali chiede il distacco sindacale, la sede di servizio, l'orario settimanale del medico ed il numero di ore annuali per il quale è richiesto il distacco.

7. Gli Assessori regionali alla Sanità provvedono a darne comunicazione alle Aziende interessate entro il 31 ottobre di ciascun anno.

8. Trascorso inutilmente il termine di cui al comma 7 i sindacati firmatari comunicano entro il 31 dicembre alle Aziende interessate, e per conoscenza al Ministero della Sanità e agli Assessorati alla Sanità, i nominativi degli specialisti per i quali è richiesto il distacco sindacale, la sede di servizio e l'orario settimanale del medico.

9. Le assenze dal servizio per permesso sindacale sono comunicate con congruo preavviso dallo specialista interessato alla Azienda presso cui opera e non producono effetto ai fini delle statistiche annuali.

10. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le Organizzazioni sindacali che, relativamente alla consistenza associativa, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.

11. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 10 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa ed alla stipula degli accordi regionali.

12. Gli accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 10 a livello regionale. Da tale requisito si prescinde per le organizzazione sindacali firmatarie del presente accordo, purchè in possesso del requisito di rappresentatività di cui al comma 10 a livello aziendale.

13. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 10 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è unico e partecipa alle trattative ed alla stipula degli accordi come unica organizzazione sindacale.

Art. 21 - Tutela della salute ed igiene negli ambienti di lavoro

1. Le Aziende sono tenute ad attuare tutte le misure idonee alla tutela della salute ed alla integrità fisica e psichica dello specialista ambulatoriale; sono tenuto altresì ad applicare tutte le leggi vigenti in materia.

2 I sindacati di cui all'art. 20 commi 11 e 12 hanno potere di contrattazione

sui problemi degli ambienti di lavoro e di controllo sull'applicazione di ogni norma di legge utile in tal senso.

Art. 22 - Diritto all'informazione

1. La Azienda garantisce ai sindacati di cui all'art. 20 comma 12 una costante e preventiva informazione sugli atti ed i provvedimenti che riguardano:

a) la programmazione dell'area specialistica extra-degenza specie per quanto riguarda la funzionalità dei servizi specialistici funzionanti presso le strutture pubbliche specialistiche extra-degenza;
b) il personale dipendente e quello convenzionato ai sensi del presente Accordo, l'organizzazione del lavoro, il funzionamento dei servizi nonché i programmi, i bilanci, gli investimenti e lo stanziamento relativo agli oneri per l'effettuazione del numero complessivo di ore di attività.

Art. 23 - Consultazioni tra le parti

1. Su richiesta di una delle parti sono effettuati incontri a livello di Azienda, con la eventuale partecipazione anche di altre categorie dei medici impegnati nell'area delle attività ambulatoriali extra-degenza, per lo scambio di informazioni sul funzionamento dell'attività ambulatoriale e per la formulazione di proposte idonee a rimuovere eventuali disfunzioni concordemente rilevate.

Art. 24 - Assenze non retribuite - Mandati elettorali

1. Per giustificati e documentati motivi di studio o di comprovata necessità, l'Azienda conserva l' incarico allo specialista per la durata massima di 24 mesi nell'arco del quinquennio semprechè esista la possibilità di assicurare idonea sostituzione.

2. Nessun compenso è dovuto allo specialista per l'intero periodo di assenza.

3. In caso di mandato elettorale allo specialista compete, a richiesta, il trattamento previsto per le singole fattispecie dalle leggi vigenti in materia per il personale dipendente.

4. I periodi di assenza per i casi previsti dal comma 3 sono conteggiati come anzianità di incarico ai soli effetti dell'art.10.

5. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno sette giorni.

6. Ricorrenti assenze non retribuite verranno valutate per i provvedimenti opportuni.

7. Per tutti gli incarichi svolti ai sensi del presente Accordo in più posti di lavoro e/o più Aziende il periodo di assenza non retribuito deve essere fruito contemporaneamente.

Art. 25 - Assenza per servizio militare

1. Lo specialista che ha sospeso la propria attività per il servizio di leva o richiamo alle armi è reintegrato nel precedente incarico, semprechè ne faccia domanda entro 30 giorni dalla data del congedo.

2. Durante il periodo di assenza per servizio di leva o richiamo alle armi, allo specialista non compete alcuna corresponsione economica.

3. Il periodo di assenza per servizio di leva o richiamo alle armi è conteggiato

come anzianità di incarico ai soli effetti dell'art.10.

Art. 26 - Malattia – Gravidanza

1. Allo specialista che si assenta per comprovata malattia o infortunio - anche non continuativamente nell'arco di 30 mesi - che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi 6 mesi e al 50% per i successivi 3 mesi e conserva l'incarico per ulteriori 15 mesi.

2. Alla specialista che si assenta dal servizio per gravidanza o puerperio, l'Azienda mantiene l'incarico per 6 mesi continuativi e corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio, per un periodo massimo complessivo di 14 settimane.

3.L'Azienda può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.

Art. 27 - Permesso annuale retribuito - Congedo matrimoniale

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico specialista spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di 30 giorni non festivi purchè l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale.

2. A richiesta dell'interessato e con un preavviso di 30 giorni, il permesso, autorizzato dalla Azienda, è fruito in uno o più periodi programmati tra gli specialisti convenzionati per la stessa branca, tenendo conto anche delle complessive esigenze operative della Azienda.

3. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso, esso sarà concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio o che la sostituzione sia garantita dal richiedente.

4. Il periodo di permesso viene goduto durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il 1° semestre dell'anno successivo.

5. Detto periodo è elevato a 45 giorni non festivi, purchè l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a sette volte e mezzo l'impegno orario settimanale, per gli specialisti che usufruiscono dell'indennità di rischio da radiazione di cui all'art.33.

6. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito di cui al primo o al quinto comma del presente articolo, quanti sono i mesi di servizio prestati.

7. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui ai precedenti articoli 24 e 25.

8. Allo specialista titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un congedo matrimoniale retribuito di 15 giorni non festivi, purchè l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.

9. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale saranno corrisposti i compensi previsti dagli articoli 30 e 32 e, qualora dovuti, dagli articoli 31 e 33.

Art. 28 - Sostituzioni

1. Alle sostituzioni di durata non superiore a 30 giorni l'Azienda provvede assegnando l'incarico di supplenza o ad un medico specialista designato dall'interessato o secondo l'ordine di graduatoria con priorità per i medici non titolari

di incarico e non in posizione di incompatibilità.

2. Alle sostituzioni di durata superiore l'Azienda provvede comunque conferendo l'incarico di supplenza ricorrendo alla graduatoria secondo i criteri di cui al comma 1.

3. L'incarico di sostituzione non può superare la durata di sei mesi e non è rinnovabile.

4. Con il rientro dello specialista titolare dell'incarico, cessa di diritto e con effetto immediato l'incarico di sostituzione.

5. Al medico sostituto, non titolare di incarico, spettano solo il trattamento tabellare iniziale, di cui all'art.30,il compenso aggiuntivo di cui all'art.31 nella misura percepita dal medico sostituito,il rimborso delle spese di accesso secondo l'art. 35 e l'eventuale indennità di rischio secondo le modalità del presente Accordo.

6. Al medico sostituto che sia già titolare di incarico, compete il trattamento tabellare derivante dalla anzianità maturata nel servizio ambulatoriale.

Art. 29 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

1. L'Azienda, sentiti i Sindacati di cui all'art. 20 comma 12, provvede ad assicurare gli specialisti comunque operanti negli ambulatori in diretta gestione contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale ai sensi del presente Accordo, ivi compresi i danni eventualmente subiti dagli specialisti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio semprechè il servizio sia prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività extra-moenia ai sensi dell'art.18.

2. Le polizze sono stipulate per i seguenti massimali:

a) per la responsabilità verso terzi:
 L. 3.000.000.000 per sinistro;
 L. 2.000.000.000 per persona;
 L. 1.000.000.000 per danni a cose o ad animali;

b) per gli infortuni:
 L. 2.000.000.000 per morte o invalidità permanente;
 L. 300.000 giornaliere per un massimo di 300 giorni per invalidità temporanea e con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo all'inizio dell'invalidità. L'indennità giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi.

3. Le relative polizze sono portate a conoscenza dei Sindacati di cui all'art. 20 comma 12 entro sei mesi dalla pubblicazione del Decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'Accordo.

4. I medici che ai sensi e nei modi di cui all'art.33 vengono individuati quali esposti alle radiazioni ionizzanti sono assicurati obbligatoriamente presso l'INAIL a cura della Azienda.

Art. 30 – Compensi

1. Ai medici specialisti ambulatoriali è corrisposto mensilmente un compenso forfettario orario nella misura e con la decorrenza di cui alla presente tabella:

01/01/1999	01/01/2000
24.803	**25.150**

2. Gli incrementi di anzianità di cui agli artt.32, commi 1 e 3, e 34, comma 2, del D.P.R. 28/9/1990, n.316. calcolati alla data del 29 febbraio 1996, compreso il maturato economico alla stessa data, vengono mantenuti dai singoli interessati nella

misura determinata dal 1/9/1997, ai sensi dell'art. 30, comma 2, del D.P.R. n. 500/96. Sull'ammontare complessivo si applica un incremento del **2,3%** dal 1 gennaio 1999 e un ulteriore incremento dell'**1,4%** dal 1 gennaio 2000. Gli incrementi sono calcolati sull'importo risultante dall'applicazione della precedente percentuale.

3. Con riferimento alle anzianità maturate ai sensi e agli effetti degli artt.32 e 34 del D.P.R. 316/90 nei confronti dei medici già titolari di incarico a tempo indeterminato alla data di entrata in vigore dell'accordo reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 1981, ai fini delle fasce di anzianità e degli scatti biennali è valutata l'intera anzianità di servizio maturata senza soluzione di continuità presso gli Enti firmatari dell'accordo dell'11 giugno 1975 e ai sensi dell'accordo stesso. Con tale anzianità viene cumulata quella maturata successivamente e senza soluzione di continuità con il precedente rapporto. In caso di servizio prestato senza soluzione di continuità presso più Enti mutuo-previdenziali o presso più Aziende, l'anzianità da valutare è quella maggiore. Ai fini della determinazione dell'anzianità non sono presi in considerazione i periodi di assenza non retribuiti.

4. Per le assenze dal servizio che non rientrano tra quelle retribuite ai sensi degli articoli 20 e 26, commi 1 e 2, e 27 nessun compenso va corrisposto allo specialista attesa la natura professionale del rapporto con l'Azienda.

5. Il compenso mensile deve essere pagato allo specialista entro la fine del mese di competenza. Le Regioni attuano, di intesa con le Aziende e sentiti i sindacati di cui all'art. 20 comma 11, forme di coordinamento tra le varie Aziende allo scopo di assicurare la corretta corresponsione, nei confronti dei medici ambulatoriali, dei compensi ai medesimi spettanti ai sensi del presente Accordo.

6. Per l'attività svolta dallo specialista nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle 6 il compenso orario di cui al presente articolo è maggiorato nella misura del 30%.

7. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%.

8. Anche al fine dell'abbattimento delle liste di attesa, agli specialisti disponibili all'applicazione del nuovo nomenclatore tariffario "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" introdotto dal Decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 (S.O. n. 150, del 14-9-96,alla G.U. n. 216 del 14-9-96), come eventualmente modificato ed integrato da provvedimenti regionali nonché ai medici addetti alla medicina generale ambulatoriale disponibili a svolgere compiti di organizzazione sanitaria a livello distrettuale, spetta, a decorrere dal 1 gennaio 2000, un emolumento aggiuntivo orario di L. 3.050, non valutabile agli effetti del premio di operosità.

9. Per la esecuzione delle prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure ortodontiche) ed attività ortesica di cui all' "Allegato C" e per le ore di incarico dedicate in modo esclusivo a tali attività, agli specialisti spetta, a decorrere dal 1 gennaio 2000, un emolumento aggiuntivo orario di L. 6.100, non valutabile agli effetti del premio di operosità.

10. Allo specialista spettano compensi variabili per :

a – la partecipazione ai programmi regionali e aziendali di attuazione delle "Linee guida" di cui al P.S.N. 1998-2000 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10/12/1998 S.O.), parte II, allegato (pagg 86 e 87) e di realizzazione dei "Progetti obiettivo" previsti dall'allegato stesso (pag.87) e per quanto previsto dalla legge n. 124/1998;

b – il raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi regionali ed aziendali e il rispetto da parte dello specialista dei livelli di spesa programmata.

11. I programmi di cui alle lettere a) e b) del precedente comma e della norma finale n. 8 sono definiti, mediante accordi tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali di cui all'art. 20 comma 11. La spesa per il finanziamento degli accordi regionali e aziendali deve rimanere entro i limiti del 20% dell'ammontare annuo dei compensi di cui al presente art. 30, 31 e 32.

12. Gli specialisti e i medici ambulatoriali generici che si dichiarano non disponibili ad effettuare le prestazioni e le attività di cui ai commi 8 e 9 devono inoltrare apposita dichiarazione al Direttore generale della Azienda.

Art. 31 - Compenso aggiuntivo

1. Ai medici specialisti ambulatoriali è corrisposto un compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'art.33 del D.P.R. 316/1990, per ogni mensilità e sul premio di collaborazione, nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, come rideterminata dal 1/9/1997,ulteriormente incrementata del **2,3%** dal 1/1/1999 e del **1,4%** dal 1/1/2000. Le percentuali di incremento si applicano sulla base dell'importo rivalutato con la precedente percentuale.

Art. 32 - Indennità di disponibilità

1. Agli specialisti che svolgono esclusivamente attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo e che non hanno altro tipo di rapporto di dipendenza o convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale o con altre Istituzioni pubbliche o private, spetta una indennità di disponibilità , per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, nella misura e con la decorrenza di cui alla seguente tabella:

01/01/1999	01/01/2000
5.877	**5.959**

Art. 33 - Indennità di rischio

1. A decorrere dalla data di pubblicazione del Decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente Accordo, l'indennità di rischio viene corrisposta, nella misura e con la cadenza temporale prevista per i medici ospedalieri, agli specialisti esposti al rischio di radiazioni di cui al Decreto Legislativo 230/95 ed alla L. n.460/1988 in quanto tenuti a prestare la propria opera in zona controllata e semprechè il rischio abbia carattere professionale.

2. Per gli specialisti che non operano in maniera costante in zona controllata, l'accertamento del diritto all'indennità è demandata a un'apposita Commissione composta dal Direttore sanitario, che la presiede, da uno specialista radiologo designato dalla Azienda, da tre rappresentanti dei medici ambulatoriali designati dai membri di parte medica in seno al Comitato consultivo zonale di cui all'art.11 e da due esperti qualificati nominati dal Direttore Generale dell'Azienda.

Art. 34 - Indennità di disagiatissima sede e indennità di bilinguismo

1. Per lo svolgimento di attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime, comprese le piccole isole, spetta ai medici un compenso accessorio orario nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i Sindacati di cui all'art. 20 comma 11.

2. E' riconosciuta l'indennità di bilinguismo in rapporto alle ore di incarico ai medici specialisti operanti nelle Aziende di Provincie e Regioni che ne prevedano l'erogazione a norma di legge.

Art. 35 - Rimborso spese di accesso

1. Per incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza, purchè entrambi siano compresi nello stesso ambito zonale, viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese nella misura di L. 533 per chilometro a decorrere dal 1 gennaio 2000.

2. Dalla data di sottoscrizione del presente accordo, la misura di tale rimborso, limitatamente al 50%, viene rideterminata con cadenza semestrale al 1° gennaio e al 1° luglio sulla base del prezzo "ufficiale " della benzina "verde" (AGIP) a tali date per uguale importo in percentuale.

3. Il rimborso non compete nell'ipotesi che lo specialista abbia un recapito professionale nel Comune sede del presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione al Direttore Generale dell'Azienda.

4. La misura del rimborso spese è proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in Comune più vicino a quello del presidio. Rimane invece invariata qualora lo specialista trasferisca la propria residenza in Comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.

Art. 36 - Premio di collaborazione

1. Agli specialisti incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario, degli incrementi di anzianità di cui all'art.30 comma 2, del compenso aggiuntivo di cui all'art.31 e dell'indennità di disponibilità di cui all'art.32.

2. Detto premio sarà liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.

3. Allo specialista che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio verrà calcolato e liquidato all'atto della cessazione del servizio.

4. Il periodo di servizio svolto a tempo determinato, seguito da conferma dell'incarico stesso a tempo indeterminato, è computato ai fini della determinazione del premio di cui al primo comma del presente articolo.

5. Allo specialista al quale alla data del 31 dicembre l'incarico svolto a tempo determinato non sia stato ancora confermato in incarico a tempo indeterminato compete entro 90 giorni dalla data di conferma, un premio di collaborazione rapportato ai compensi percepiti per l'attività prestata prima del 31 dicembre.

Art. 37 - Contributo ENPAM

1. A favore dei medici specialisti che prestano la loro attività ai sensi del presente Accordo, l'Azienda versa di norma mensilmente, al massimo trimestralmente, con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, specificandone in particolare il numero di codice fiscale e di codice individuale ENPAM, al Fondo speciale dei medici ambulatoriali gestito dall'ENPAM, di cui al Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, un contributo del ventidue per cento (22%) di cui il tredici per cento (13%) a proprio carico e il nove per cento (9%) a carico di ogni singolo specialista, calcolato sul compenso tabellare (compenso orario più incrementi periodici di anzianità di cui all'art.30), sul premio di collaborazione (art.36), sul compenso aggiuntivo (art.31), sui compensi per eventuali prolungamenti dell'orario di lavoro (art.16), sui compensi per attività distrettuali e pronta disponibilità (art.18) e sull'indennità di disponibilità (art.32). Il contributo a favore dell'ENPAM si applica anche sull'incentivo economico di cui all'art. 16

,comma 17.

2. In materia si applicano le disposizioni del Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale in data 7 ottobre 1989, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.249 del 24 ottobre 1989.

Art. 38 - Premio di operosità

1. A tutti i medici ambulatoriali che svolgono la loro attività per conto delle Aziende, ai sensi del presente Accordo con regolare incarico a tempo indeterminato, alla cessazione del rapporto professionale spetta dopo un anno di servizio un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato in base all'anzianità determinata ai sensi del precedente articolo 30 esclusi i periodi per i quali sia già intervenuta liquidazione.

2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.

3. Ciascuna mensilità, calcolata in base alla tabella in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività ambulatoriale svolta dal medico in ogni anno di servizio.

4. Conseguentemente ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

5. Pertanto, nel caso in cui nel corso del rapporto di lavoro fossero intervenute delle variazioni nell'orario settimanale di attività, il "premio" per ogni anno di servizio dovrà essere calcolato in base agli orari di attività effettivamente osservati nei diversi periodi dell'anno solare.

6. Il premio di operosità è calcolato sul compenso orario, sugli incrementi di anzianità di cui all'art.30 comma 2, sul premio di collaborazione e sull'indennità di disponibilità.

7. Il premio è corrisposto entro sei mesi dalla cessazione del rapporto.

8. La corresponsione del premio di operosità è dovuta dalle Aziende in base ai criteri previsti dall'Allegato E annesso al Decreto del Presidente della Repubblica n.884/1984, che qui si intendono integralmente richiamati.

Art. 39 - Riscossione delle quote sindacali

1. Le quote sindacali a carico dell'iscritto sono trattenute nel rispetto delle vigenti norme, su richiesta del sindacato, corredata di delega dell'iscritto e per l'ammontare deliberato dal sindacato stesso, dalle Aziende presso le quali il medico presta la propria opera professionale e sono versate, mensilmente, sul conto corrente bancario intestato alla sezione provinciale del sindacato stesso, contestualmente all'invio dell'elenco dei medici a cui sono state applicate le ritenute sindacali e l'importo delle relative quote.

2. Restano in vigore le deleghe già rilasciate a favore dei Sindacati firmatari del presente Accordo nel rispetto della normativa vigente.

3. Eventuali variazioni delle quote e delle modalità di riscossione vengono comunicate alle Aziende da parte degli organi competenti del sindacato.

Art. 40 - Rapporti tra lo specialista e la dirigenza sanitaria dell'Azienda

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, al servizio specifico o ricomprendente

l'organizzazione dell'assistenza specialistica procede al controllo della corretta applicazione della convenzione per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

2. Gli specialisti convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dal presente Accordo.

Art. 41 - Libera professione intra-moenia

1. L'Azienda consente allo specialista e ai medici di cui alla "Norma finale n.6" l'esercizio della libera professione intra-moenia per prestazioni ambulatoriali.

2. Lo svolgimento dell'attività deve avvenire fuori dell'orario di servizio, in giorni ed orari prestabiliti, compatibilmente con la disponibilità di spazi e personale, e con le possibilità di accesso dell'utenza.

3. L'Azienda stabilisce i criteri, le modalità e la misura per la corresponsione degli onorari con riferimento e nel rispetto della tariffa minima nazionale, sentito il medico interessato, in modo che, in ogni caso, non sussistano oneri a proprio carico.

Art. 42 - Esercizio del diritto di sciopero
Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

1. Nel settore dell'assistenza specialistica ambulatoriale extra-ospedaliera in diretta gestione sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge n.146/1990, art.2, comma 2: le prestazioni delle branche specialistiche che la Azienda non sia in grado di erogare attraverso divisioni o servizi ospedalieri siti nell'ambito territoriale di competenza.

2. Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1, in occasione di scioperi della categoria degli specialisti ambulatoriali interni, i sindacati di cui all'art. 20 comma 12 concordano con le Aziende per ciascuna delle branche specialistiche di cui al medesimo comma 1 l'astensione dallo sciopero di almeno uno specialista per ogni giorno di durata dello sciopero.

3. Il diritto di sciopero dei medici specialisti ambulatoriali è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

4. Gli specialisti ambulatoriali che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo sono soggetti alla eventuale applicazione delle sanzioni previste secondo le procedure stabilite dall'art.14.

5. Le OO.SS. si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

a) nel mese di agosto;

b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;

c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;

d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;

e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

Art. 43 - Durata dell'Accordo

1. Il presente Accordo ha durata triennale: 1 gennaio 1998 - 31 dicembre 2000.

NORMA GENERALE

1. Le parti si danno reciprocamente atto che la dizione "Azienda" utilizzata dal presente Accordo è indifferentemente riferita alle dizioni "Azienda U.S.L." e "Azienda Ospedaliera" in relazione a quanto disciplinato dalla normativa nazionale e regionale sulla materia.

2. Le parti altresì concordano che le norme del presente Accordo devono essere recepite, sia per la parte normativa che economica, dalle "Aziende" identificate secondo quanto espresso al 1° comma.

Norma finale 1

1. Agli specialisti operanti presso gli enti di cui all'art.2, comma 1, lettera d), non si applica l'incompatibilità prevista dal citato articolo, purchè ai medesimi l'incarico sia stato conferito dai suddetti enti all'epoca in cui gli stessi adottavano la regolamentazione dei rapporti ai sensi degli Accordi nazionali ex art.48 della legge n.833/1978.

Norma finale n.2

1. In deroga al disposto dell'art.2, comma 1, lettere g) ed h), sono fatte salve le situazioni legittimamente acquisite ai sensi dell'art.4, comma 3, punti 1 e 2, del Decreto del Presidente della Repubblica n.291/87.

2. Salve le norme in materia di limitazione di orario, l'incompatibilità di cui all'art. 2, comma 1, lett. i), non si applica agli specialisti che si trovano nelle condizioni già previste alla data di pubblicazione dell'Accordo di cui al DPR 291/87.

3. In deroga al disposto di cui all'art.3, comma 1, sono fatte salve, nei limiti di 48 ore settimanali di attività per incarico ambulatoriale sommata ad altra attività compatibile svolta in base ad altro rapporto, le posizioni legittimamente acquisite alla data di pubblicazione del Decreto del Presidente n.291/1987.

4. Gli specialisti incaricati a tempo indeterminato, fino alla data di pubblicazione del presente Accordo, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettere d) ed e),dell'Accordo collettivo nazionale reso esecutivo col D.P.R. n 500/96,sono confermati negli incarichi.

Norma finale n.3

1. In favore degli specialisti titolari di incarico a tempo indeterminato alla data del 7 marzo 1984, l'incarico resta garantito ad personam fino al raggiungimento dei limiti di età previsti dal presente Accordo, per ore ricoperte alla data suddetta - entro il tetto massimo di 48 ore settimanali - e per branca specialistica, fatta salva la facoltà per la Azienda di attivare nei loro confronti le procedure di mobilità di cui all'art.4, nel rispetto peraltro delle modalità di accesso in atto. Restano in ogni caso ferme le cause di cessazione e di sospensione di cui agli articoli 6 e 7.

Norma finale n.4

1.Sono confermate ad personam le posizioni non conformi al disposto dell'art.9, comma 3, del DPR 316/90 esistenti alla data di pubblicazione del citato D.P.R., fatta salva la possibilità di adottare i provvedimenti di cui all'art.4 del presente Accordo.

Norma finale n.5

1.In deroga a quanto previsto dal comma 1 dell'art. 35 il rimborso per spese di accesso continua ad essere corrisposto agli specialisti che ne fruiscano per incarichi acquisiti prima del 28 dicembre 1984. Nel caso di costituzione di nuove province successivamente alla data del 1° gennaio 1998, l'indennità di accesso viene comunque mantenuta agli specialisti che già ne beneficiano.

Norma finale n.6

1. Salvo quanto previsto all'art.10, comma 1, lettera a), sono confermati per i sanitari addetti alla medicina generale ambulatoriale, i contenuti della norma finale annessa al Decreto del Presidente della Repubblica n.291/1987.

2. Ai sanitari di cui al comma 1 può essere attribuito il coordinamento funzionale e gestionale di strutture specialistiche ambulatoriali e distrettuali,compresi gli aspetti di integrazione funzionale con gli altri servizi specialistici aziendali, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Norma finale n.7

1. Agli specialisti attualmente in servizio, che abbiano ricoperto altro incarico ambulatoriale cessato in epoca anteriore al 1° dicembre 1962, data di istituzione del "premio" di cui all'art.38, non può essere valutato ai fini del "premio" stesso il servizio prestato in base al precedente incarico.

Norma finale n. 8

1. Le trattative per la stipulazione degli Accordi integrativi regionali ed aziendali, previsti dal presente Accordo Collettivo Nazionale, devono essere iniziate entro 90 giorni dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo collettivo nazionale.

2. Gli Accordi Regionali ed Aziendali riguardano in particolare:
- art. 16,commi 13, 16 e 17;
-art. 17;
-art. 30, comma 11;
-norma transitoria n. 4, comma 2;
-art. 9, comma 4 del "Protocollo aggiuntivo".

3. Gli Accordi Regionali ed Aziendali possono fra l'altro disciplinare:
- l'istituto della mobilità;
- l'istituto della pronta disponibilità;
- l'integrazione della specialistica ambulatoriale con le strutture di ricovero.

4. Gli Accordi integrativi regionali ed aziendali, di cui al comma 7 della dichiarazione preliminare, sono stipulati sulla base delle specifiche esigenze individuate ai medesimi livelli dalle istituzioni pubbliche.

Norma finale n. 9

Premesso:
che tra i fondamentali diritti del cittadino e interessi della collettività la Costituzione Italiana include all'art. 32 la tutela della salute, riconosciuta bene primario;
che il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, approvato con DPR 23 luglio 1998 ha inserito per la prima volta nel macro-livello dell'assistenza distrettuale tra le

prestazioni dell'assistenza di base anche quelle concernenti l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- che si ritiene conseguente al suddetto inserimento l'incremento delle prestazioni e attività specialistiche da erogare ai cittadini a livello territoriale;
- che le Regioni e le Aziende Sanitarie sono tenute ad assicurare l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali a livello distrettuale in corrispondenza alla domanda avanzata dai cittadini;

le parti firmatarie convengono che, qualora sussista una domanda insoddisfatta di prestazioni specialistiche ambulatoriali dopo avere esperito inutilmente le procedure di mobilità, di cui all'art. 4, e di aumento di orario ai medici incaricati a tempo indeterminato in base all'art. 10, le Aziende sanitarie, anche al fine di assicurare la realizzazione della strategia assistenziale introdotta dal Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 ed evidenziata nella "Dichiarazione Preliminare" del presente Accordo Collettivo Nazionale, possono farvi fronte mediante la stipulazione di contratti a tempo determinato con specialisti secondo la disciplina del "Protocollo aggiuntivo" di cui all' "Allegato 1", che fa parte integrante del presente Accordo collettivo nazionale.
L'attività dello specialista ambulatoriale di cui alla presente "Norma finale n. 9", come disciplinata dal "Protocollo aggiuntivo", di cui all' "Allegato n. 1", finalizzata a realizzare le strategie innovative indicate dal Piano Sanitario Nazionale mediante un maggior decentramento della offerta di prestazioni specialistiche, è caratterizzata:
- da una maggiore flessibilità;
- dalla variabilità nella determinazione quantitativa degli orari di attività, più rispondente alla effettiva domanda;
- dalla durata dell'incarico limitata nel tempo;
- dalla semplificazione delle modalità di reclutamento degli specialisti cui conferire l'incarico;
- dalla più snella gestione delle procedure per l'instaurazione e la risoluzione del rapporto.

Norma transitoria n.1

1. Fino all'insediamento dei Comitati e delle Commissioni di cui agli articoli 11, 12 e 14 del presente Accordo sono confermati in carica i Comitati e le Commissioni di cui agli articoli 13, 14 e 16 del Decreto del Presidente della Repubblica n.291/87 e n. 316/90, e 11,12,14 del D.P.R. 500/96.

Norma transitoria n.2

1. Le parti confermano di aver convenuto che, a decorrere dalle graduatorie da valere per l'anno 1991, l'esercizio dell'attività specialistica in regime libero-professionale sia calcolato dal giorno successivo alla data di conseguimento della libera docenza o del titolo di specializzazione.

2. Analogamente per la branca di odontostomatologia e limitatamente ai professionisti che accedono alla relativa graduatoria in virtù dell'iscrizione allo speciale albo di cui alla legge n.409/85, la valutazione dell'attività libero.professionale decorre dal giorno successivo all'iscrizione a tale Albo.

Norma transitoria n.3

1. Per la formazione delle graduatorie da valere per l'anno 1999 e per i fini indicati dal presente Accordo valgono i criteri previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale reso esecutivo con il D.P.R. 500/96.

2. Le domande già presentate per l'anno 2000 restano valide a tutti gli effetti e dovranno essere valutate secondo i criteri previsti dall'Accordo vigente al 31 dicembre 1999.

3. Qualora le domande per l'anno 2001 siano presentate entro il 31 gennaio 2000, in regime di prorogatio legale dell'Accordo Nazionale reso esecutivo con DPR n. 500/96, le stesse sono valutate secondo i criteri stabiliti dall' Accordo nazionale vigente alla stessa data.

4. Il possesso dei requisiti per la inclusione nelle graduatorie previsti dal presente Accordo resta fissato alla data del 31 gennaio dell'anno di riferimento.

Norma transitoria n. 4

1. Le parti convengono che, in attesa dell'effettiva operatività degli artt. 16 bis, 16 ter e 16 quater del D. L.vo n. 229/99 e dell'art. 19 del presente Accordo Collettivo Nazionale, continui a produrre effetti l'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, reso esecutivo con DPR n. 500/96.

2. Il suddetto art. 19 del DPR n. 500/96 è così integrato al comma 10: "Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale concordano annualmente l'ammontare dello specifico finanziamento. La mancata partecipazione dello specialista alle iniziative di formazione di cui al comma 1 comporta il deferimento alla Commissione di disciplina". Per Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale si intendono quelle di cui all'art. 20 comma 11 del presente Accordo.

Norma transitoria n. 5

1. Tutti i rapporti convenzionali a tempo determinato instaurati per lo svolgimento di attività specialistica ambulatoriale in corso alla data di pubblicazione del presente Accordo nazionale cessano alla scadenza e non sono rinnovabili.

2.Qualora continuino a sussistere le relative necessità assistenziali, fermo restando quanto previsto dall'art. 10 dell'Accordo nazionale, le ore di incarico sono assegnate con le procedure di cui al "Protocollo aggiuntivo", allegato n. 1.

Norma transitoria n.6

1.Premesso che l'art. 15-nonies ,comma 3, del D.L.vo n. 229/99 dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo,le parti convengono che il termine per l'entrata in vigore a regime del limite di età per la cessazione del rapporto convenzionale, previsto dall' art. 6, comma 4 , lett. e) del presente Accordo collettivo nazionale, sarà individuato a seguito di specifica intesa tra le parti firmatarie della presente convenzione nazionale, dopo che saranno definiti e disciplinati nelle sedi competenti con il concorso dell'Enpam e delle parti firmatarie stesse gli aspetti ed effetti previdenziali conseguenti all'introduzione del nuovo limite di età, secondo quanto stabilito dall' art. 15-nonies del D.L.vo n. 229/99.

2. Fino all'entrata in vigore del limite di età stabilito dall'art. 6 comma 4 lettera e) del presente Accordo Collettivo Nazionale, continua ad applicarsi il limite di età previsto dall'art. 6 comma 4 lettera e) del DPR n. 500 del 29/07/1996.

Dichiarazione a verbale n.1

1. Le parti convengono, al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 9, comma 5, lett. d), che in sede aziendale siano concordate norme per l'uniforme applicazione dei sistemi di controllo orario.

Dichiarazione a verbale n.2

- 1. Per la partecipazione alle riunioni dei Comitati e della Commissione di cui agli articoli 11, 12 e 14 ai componenti di parte pubblica ed al segretario spettano, se e in quanto previsti, i compensi fissati a livello regionale.

Dichiarazione a verbale n.3

1. Le parti chiariscono che le dizioni "Regione", "Amministrazione regionale", "Giunta regionale", "Assessore regionale", "Assessore regionale alla Sanità", usata nel testo dell'Accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle province autonome di Trento e Bolzano.

2. Chiariscono inoltre che le dizioni "Ordine dei Medici" e "Federazione nazionale degli Ordini dei Medici" vanno intese come "Ordine dei Medici e degli Odontoiatri" e "Federazioni nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri".

Dichiarazione a verbale n.4

1. Le parti raccomandano che il presente Accordo venga recepito dall'I.N.A.I.L. e dall'I.N.P.S., che conferiscono nuovi incarichi a tempo indeterminato ed utilizzano la graduatoria di cui all'art. 8, dopo aver espletato le procedure di cui all'art. 10 per gli aumenti di orario agli specialisti già incaricati.

Dichiarazione a verbale n.5

1. Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'Accordo, formino oggetto di esame tra le parti nel corso di apposite riunioni convocate dal Ministero della Sanità, anche su richiesta di parte sindacale.

ALLEGATO N. 1

PROTOCOLLO AGGIUNTIVO
Disciplina degli incarichi a tempo determinato
(Norma finale n. 9)

Art. 1 – Natura del rapporto

1. Esperite le procedure previste dall'Accordo Collettivo Nazionale, artt. 9 e 10, per l'assegnazione dei turni resisi vacanti e attuate le modalità e le procedure previste dall'art. 4 dell'Accordo stesso, salvi casi particolari da verificare in sede aziendale di inapplicabilità delle norme sopra richiamate, qualora sussistano ulteriori esigenze di attività specialistica, le Aziende applicano le norme del presente "Protocollo aggiuntivo" per la instaurazione di rapporti orari a tempo determinato, ai sensi della norma finale n. 9.

2. I rapporti orari a tempo determinato sono instaurati :

a) per la copertura di turni resisi vacanti e non assegnati dopo aver inutilmente esperite le procedure:
   - indicate dagli articoli 9 e 10 per gli aumenti di orario a medici incaricati a tempo indeterminato;
   - stabilite dall' art. 4 per l'attuazione di forme di flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e di mobilità;

b) per assicurare da parte delle Aziende una ulteriore offerta di prestazioni o attività specialistiche per far fronte alla domanda avanzata dagli utenti, mediante l'incremento dei servizi specialistici.

3. Le norme del presente "Protocollo aggiuntivo" disciplinano il rapporto di lavoro libero professionale a tempo determinato che s'instaura tra l'Azienda e gli specialisti per l'erogazione nell'ambito delle strutture sanitarie e dei servizi territoriali dell'Azienda stessa, a domicilio dei cittadini e negli ambulatori dei medici di medicina generale, di prestazioni specialistiche a scopo preventivo, diagnostico-curativo, riabilitativo e medico-legale.

4. L'incarico ha durata non inferiore ad un anno e non superiore a tre anni ed è immediatamente rinnovabile, ove permangano le esigenze assistenziali che hanno determinato il conferimento dell'incarico, previa valutazione del Direttore Generale dell'Azienda sanitaria.

Art. 2 – Adempimenti preliminari all'instaurazione del rapporto

1. Gli incarichi di cui all' art. 1, comma 2, sono conferiti in base alle graduatorie di cui all'art. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale e secondo l'ordine delle stesse.

2. Qualora la pubblicazione del turno dia risultato negativo, l'Azienda può conferire l'incarico, non automaticamente rinnovabile, ad uno specialista dichiaratosi comunque disponibile.

Art. 3 – Procedure per il conferimento dell'incarico

1. L'Azienda, qualora si trovi nella necessità di affidare incarichi a sensi dell'art. 2 per lo svolgimento d'attività o prestazioni specialistiche negli ambulatori distrettuali o in altre sedi, pubblica nell'albo del Comitato Zonale nei mesi di febbraio, aprile, giugno, agosto, ottobre, dicembre, dal giorno 15 alla fine dello stesso mese un avviso di selezione evidenziando l'ambito distrettuale o la sede di espletamento

dell'incarico, il numero degli accessi settimanali ed il numero delle ore di ogni singolo accesso, nonché ogni altro elemento ritenuto utile all'instaurazione di un rapporto di lavoro corrispondente alle esigenze dell'Azienda.

2. Al fine di assicurare la maggior corrispondenza possibile dell'offerta di prestazioni specialistiche alla domanda dell'utenza e per l'abbattimento delle liste di attesa, fermo restando quanto previsto al comma 1, l'incarico a tempo determinato può essere pubblicato dall'Azienda con impegno orario settimanale:

a) fisso per l'intero periodo dell'incarico;
b) variabile nell'arco di tempo corrispondente alla durata dell'incarico, in periodi non inferiori al mese e senza vacanze di attività;
c) concentrato in periodi predeterminati, anche in quantità variabile come alla lett. b), con vacanze di attività non superiori a 60 giorni tra i periodi lavorativi.

3. In via eccezionale, con provvedimento motivato da particolari obiettive esigenze, l'incarico può essere pubblicato con orario corrispondente ad un numero complessivo di ore di attività da svolgersi in un periodo determinato non superiore a un anno. In deroga a quanto stabilito al comma 1, il numero degli accessi settimanali e il numero delle ore di ogni singolo accesso sono concordati tra Azienda e specialista.

4. Il conferimento degli incarichi avviene secondo le procedure di cui all'art. 9, commi 1, 2, 3 e 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

5. Dalla selezione sono esclusi, per due pubblicazioni successive nella.stessa branca gli specialisti i quali, avendo svolto un incarico nella medesima branca presso l'Azienda che ha chiesto la pubblicazione del turno, a seguito di valutazione non positiva da parte dell'Azienda non hanno avuto la proroga dell'incarico giunto a scadenza.

6. In attesa del conferimento dell'incarico secondo le procedure suindicate, l'Azienda può conferire incarichi provvisori ai sensi dell'art. 10 commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale. Allo specialista incaricato a carattere provvisorio spetta il trattamento economico di cui all'art. 8.

Art. 4 – Massimale orario ed incompatibilità.

1. Ferme restando le incompatibilità di cui all'art. 48, n. 6, della legge n. 833/78, e dell'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91, gli incarichi di cui all' art. 1, comma 2, sono conferiti per un orario massimo settimanale non superiore a 28 ore, raggiungibile anche mediante incarichi presso più Aziende sanitarie presenti sul territorio regionale.

2. Gli incarichi di cui al comma che precede non sono compatibili:

a) con la titolarità dei seguenti rapporti di convenzione con il S.S.N. o altre istituzioni pubbliche: assistenza primaria (DPR n. 484/96, Capo II, e successivi accordi), pediatria di libera scelta (DPR n. 613/96 e successivi accordi), specialistica ambulatoriale (DPR n. 500/96 e successivi accordi);
b) con un rapporto di lavoro dipendente intrattenuto con un datore di lavoro pubblico o privato;
c) con un rapporto di accreditamento con il SSN;
d) con l'incarico di direttore sanitario o di responsabile di branca presso una struttura accreditata con il SSN e soggetta ad autorizzazione sanitaria.

3. Le incompatibilità di cui sopra non operano qualora lo specialista le rimuova per la durata degli incarichi di cui al comma 1.

Art. 5 – Instaurazione del rapporto

1. Il conferimento dell'incarico è effettuato dall'Azienda mediante lettera raccomandata A.R. in duplice esemplare, dei quali uno deve essere restituito dallo specialista con la dichiarazione di accettazione delle norme del presente "Protocollo aggiuntivo" - nonché dell'orario complessivo di attività, del numero degli accessi settimanali, dei luoghi stabiliti per l'esecuzione delle prestazioni professionali o delle specifiche attività di cui all'art. 3, comma 4, della durata dell'incarico e della natura libero-professionale dello stesso - e dell'Accordo collettivo nazionale.

2. La lettera di conferimento dell'incarico deve essere inviata in copia anche al/ai Comitato/i zonale /i competente/i al fine di verificare il raggiungimento del massimale orario previsto dal primo comma dell'art. 4 e di aggiornare l'anagrafe degli specialisti interessati.

Art. 6 – Durata, rinnovo, sospensione e risoluzione del rapporto.

1. Il rapporto di lavoro è a tempo determinato con la durata di cui all'art.1, comma 4, ed è immediatamente rinnovabile.

2. L'Azienda, qualora non intenda rinnovare l'incarico conferito allo specialista alla scadenza prevista, ne dà comunicazione all'interessato, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, almeno trenta giorni prima della scadenza del termine.

3. Il rapporto è sospeso nel caso di sospensione dello specialista dall'esercizio della libera professione o in caso d'emissione di mandato od ordine di custodia cautelare.

4. Il rapporto è risolto senza obbligo di preavviso per cancellazione o radiazione dello specialista dall'Albo professionale.

5. Il rapporto è altresì risolto:

- qualora lo specialista si sia reso responsabile di gravi mancanze di ordine disciplinare ai sensi dell'art. 14 dell'Accordo Collettivo Nazionale o di gravi inadempienze di natura contrattuale, e/o professionale formalmente contestategli dall'Azienda, ovvero qualora accumuli assenze dal servizio eccedenti il limite massimo previsto dall'art. 7;
- per sopravvenute incompatibilità ai sensi dell'art. 4;
- per sopravvenuta incapacità psico-fisica accertata dal collegio medico di cui all'art. 6, comma 4, lett. f) dell'Accordo Collettivo Nazionale.

6. Avverso il provvedimento di risoluzione contrattuale per i motivi di cui al comma 5, lo specialista, entro 10 giorni dalla notifica del provvedimento, ha facoltà di produrre le proprie controdeduzioni al Direttore Generale dell'Azienda, il quale decide inappellabilmente entro i 15 giorni successivi.

7. Per tutta la durata della procedura prevista al comma 6, lo specialista è sospeso dal servizio e non percepisce alcun trattamento economico.

8. Qualora la decisione dell'Azienda sia favorevole allo specialista, il medesimo viene reintegrato nell'incarico, la cui durata verrà prolungata tenendo conto del periodo di sospensione.

9. E' data facoltà allo specialista di chiedere la risoluzione anticipata del rapporto con un preavviso di trenta giorni.

Art. 7 – Assenze dal servizio non retribuite.

1. Per giustificati motivi o per comprovata necessità lo specialista assentarsi dal servizio senza retribuzione per periodi complessivamente non

superiori a 60 giorni annuali, dandone comunicazione tempestiva all'Azienda interessata e, nel caso di assenza non superiore a trenta giorni, assicurando la idonea sostituzione con altro specialista. Per assenze di durata superiore a trenta giorni, il sostituto verrà individuato dall'Azienda secondo l'ordine della graduatoria di cui all'art. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale.
2. Il sostituto è retribuito con il trattamento economico di cui all'art. 8.

Art. 8 – Trattamento economico

1. Allo specialista l'Azienda corrisponde mensilmente, a decorrere dalla data di inizio del rapporto, un compenso forfettario omnicomprensivo di lire 70.000 per ogni ora di attività effettivamente espletata.

2. Per l'attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dei giorni feriali dalle ore 22 alle ore 6 il compenso orario di cui al comma 1 è maggiorato nella misura del 30%.

3. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi il compenso orario di cui al comma 1 è maggiorato nella misura del 50%.

4. Il compenso mensile è corrisposto nel mese di competenza e le maggiorazioni previste ai precedenti commi 2 e 3 , entro la fine del secondo mese successivo.

Art. 9 – Visite specialistiche domiciliari

1. Le Aziende possono erogare visite specialistiche domiciliari nell'ambito dell'assistenza domiciliare programmata (ADI), nelle residenze assistenziali, negli hospice e nelle strutture residenziali e semiresidenziali anche alternative al ricovero ospedaliero, e nelle strutture ospedaliere mediante gli specialisti di cui al presente "Protocollo aggiuntivo".

2. All'atto della pubblicazione di cui all'art. 3 è specificata la necessità di eseguire anche le visite domiciliari indicando la media settimanale, presumibile o predeterminata, delle stesse.

3. Qualora sia necessaria solo attività specialistica domiciliare viene pubblicato, con le modalità di cui all'art. 3, il numero medio settimanale, presumibile o predeterminato, delle visite specialistiche domiciliari.

4. Qualora l'attività specialistica domiciliare sia svolta in modo esclusivo, il rimborso delle spese di accesso è determinato con specifico accordo tra Azienda e Organizzazioni sindacali di cui all'art. 20 comma 12 dell'Accordo nazionale. Per gli accessi svolti fuori dal Comune di attività ambulatoriale, viene corrisposto il rimborso di cui all'art. 35 dell'Accordo nazionale.

5. Per ogni visita spetta allo specialista un compenso forfettario omnicomprensivo di L. 50.000, più il contributo ENPAM.

Art. 10 – Norme di rinvio

1. Ai rapporti instaurati secondo il presente "Protocollo aggiuntivo" si applicano le disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale di seguito citate:
- art. 14 – Commissione di disciplina;
- art. 15 – Ruolo professionale dello specialista;
- art. 16 – Organizzazione del lavoro;
- art. 17 – Programmi e progetti finalizzati;
- art. 18 – Attività distrettuali e pronta disponibilità;
- art. 27 – Permesso annuale retribuito;

- art. 29 – Assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico;
- art. 35 – Rimborso spese di accesso;
- art. 37 – Contributo ENPAM;
- art. 39 – Riscossione quote sindacali;
- art. 42 – Esercizio del diritto di sciopero – Prestazioni indispensabili e loro modalità di accesso.

ALLEGATO A

PARTE I

Branche specialistiche

ALLERGOLOGIA

Branche principali

1) Allergologia
2) Allergologia ed immunologia
3) Allergologia ed immunologia clinica

Branche affini

1) Clinica dermosifilopatica
2) Clinica medica
3) Clinica medica generale
4) Clinica medica generale e terapia medica
5) Dermatologia e sifilografia
6) Dermatologia e venerologia
7) Dermosifilopatia
8) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
9) Dermosifilopatia e venerologia
10) Dermosifilopatica
11) Immunoematologia
12) Immunoematologia e servizio trasfusionale
13) Immunologia clinica
14) Laboratorio di analisi chimicocliniche e microbiologia
15) Malattie cutanee e veneree
16) Malattie dell'apparato respiratorio
17) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
18) Malattie infettive
19) Medicina del lavoro
20) Medicina generale
21) Medicina interna
22) Patologia e clinica dermosifilopatica
23) Patologia generale
24) Patologia speciale e clinica medica
25) Patologia speciale medica
26) Patologia speciale medica e metodologia clinica
27) Pediatria
28) Pneumologia
29) Remautologia
30) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio

ANATOMIA PATOLOGICA

Branche principali

1) Anatomia patologica
2) Anatomia ed istologia patologica
3) Anatomia patologica e tecnica di laboratorio
4) Anatomia ed istologia patologica e tecnica di laboratorio
5) Anatomia ed istologia patologica ed analisi cliniche
6) Citologia
7) Citodiagnostica

Branche affini

1) Medicina legale ed equipollenti
2) Oncologia ed equipollenti
3) Patologia clinica ed equipollenti

ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

Branche principali

1) Anestesia
2) Anestesia e rianimazione
3) Anestesia e rianimazione indirizzo terapia antalgica
4) Anestesia e rianimazione indirizzo terapia intensiva
5) Anestesia e rianimazione indirizzo terapia iperbarica
6) Anestesia generale e speciale odontostomatologica
7) Anestesiologia
8) Anestesiologia e rianimazione
9) Anestesiologia generale e speciale odontostomatologica
10) Anestesiologia, rianimazione e terapia intensiva
11) Rianimazione
12) Rianimazione e terapia intensiva

Branche affini

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chimica biologica
3) Chirurgia generale
4) Clinica chirurgica e medicina operatoria
5) Farmacologia
6) Farmacologia applicata
7) Medicina operatoria
8) Nefrologia
9) Tossicologia
10) Tossicologia industriale
11) Tossicologia medica

ANGIOLOGIA

Branche principali

1) Angiologia
2) Angiologia e chirurgia vascolare
3) Angiologia medica
4) Cardiologia e malattie dei vasi
5) Malattie cardiovascolari
6) Malattie cardiovascolari e reumatiche
7) Malattie dell'apparato cardiovascolare
8) Vasculopatie

Branche affini

1) Cardio-angiopatie
2) Cardio-angio-chirurgia
3) Cardiologia
4) Chirurgia cardiovascolare
5) Chirurgia vascolare
6) Chirurgia toracica e cardiovascolare
7) Fisiopatologia cardiocircolatoria
8) Fisiopatologia cardiovascolare
9) Geriatria
10) Gerontologia
11) Gerontologia e Geriatria
12) Medicina generale
13) Medicina interna

AUDIOLOGIA

Branche principali

1) Audiologia

Branche affini

1) Anatomia chirurgica e corso di operazioni
2) Anatomia topografica e chirurgia operativa
3) Chirurgia
4) Chirurgia dell'infanzia
5) Chirurgia d'urgenza
6) Chirurgia generale
7) Chirurgia generale e terapia chirurgica
8) Chirurgia pediatrica
9) Chirurgia plastica ricostruttiva
10) Clinica chirurgica
11) Clinica chirurgica e medicina operatoria
12) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica
13) Clinica chirurgica infantile
14) Clinica chirurgica pediatrica
15) Clinica odontoiatrica
16) Clinica otorinolaringoiatrica
17) Esami audiometrici e vestibolari
18) Foniatria
19) Medicina operatoria
20) Neurochirurgia
21) Odontoiatria e protesi dentale
22) Odontoiatria e protesi dentaria
23) Otorinolaringoiatria
24) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale
25) Patologia chirurgica dimostrativa
26) Patologia speciale chirurgica
27) Patologia speciale chirurgica dimostrativa
28) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica
29) Semeiotica chirurgica
30) Stomatologia (malattie della bocca e protesi dentaria)
31) Stomatologia (odontoiatria e protesi dentaria)

CARDIOLOGIA

Branche principali

1) Cardio-angiopatie
2) Cardiologia
3) Cardiologia e malattie dei vasi
4) Cardiologia e reumatologia
5) Cardio-reumatologia
6) Fisiopatologia cardiocircolatoria
7) Fisiopatologia cardiovascolare
8) Malattie cardiache
9) Malattie cardiovascolari
10) Malattie cardiovascolari e reumatiche
11) Malattie dell'apparato cardiovascolare
12) Malattie dell'apparato cardiovascolare e malattie dei vasi

Branche affini

1) Angiologia
2) Cardiochirurgia
3) Geriatria
4) Medicina del lavoro
5) Medicina generale
6) Medicina interna
7) Pediatria
8) Terapia medica sistematica
9) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

CHIRURGIA GENERALE

Branche principali

1) Anatomia chirurgica e corso di operazioni
2) Chirurgia
3) Chirurgia generale
4) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva
5) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica
6) Chirurgia d'urgenza
7) Chirurgia d'urgenza e di pronto soccorso
8) Chirurgia di pronto soccorso
9) Chirurgia generale e terapia chirurgica
10) Chirurgia geriatrica
11) Chirurgia interna
12) Chirurgia oncologica
13) Chirurgia oncologica e toracico polmonare
14) Chirurgia sperimentale
15) Clinica chirurgica
16) Clinica chirurgica generale
17) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica
18) Patologia chirurgica
19) Patologia speciale chirurgica
20) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica
21) Semeiotica chirurgica

Branche affini

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Cardioangio chirurgia
3) Cardio-chirurgia
4) Chirurgia addominale
5) Chirurgia cardiaca
6) Chirurgia dell'apparato digerente
7) Chirurgia dell'infanzia
8) Chirurgia della mano
9) Chirurgia gastroenterologica
10) Chirurgia maxillo-facciale
11) Chirurgia ortopedica
12) Chirurgia pediatrica
13) Chirurgia plastica
14) Chirurgia plastica ricostruttiva
15) Chirurgia polmonare
16) Chirurgia sperimentale
17) Chirurgia sperimentale e microchirurgia
18) Chirurgia stomatologica
19) Chirurgia toracica
20) Chirurgia toraco polmonare
21) Chirurgia vascolare
22) Chirurgia vie urinarie
23) Clinica chirurgica e medicina operatoria
24) Clinica ostetrica
25) Endocrinochirurgia
26) Medicina operatoria
27) Nefrologia
28) Neurochirurgia
29) Ortopedia e traumatologia
30) Ostetricia
31) Ostetricia e ginecologia
32) Otorinolaringoiatria
33) Urologia

CHIRURGIA PEDIATRICA

Branche principali

1) Chirurgia dell'infanzia
2) Chirurgia infantile
3) Chirurgia pediatrica
4) Clinica chirurgica infantile
5) Clinica chirurgica pediatrica

Branche affini

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia generale
3) Clinica chirurgica e medicina operatoria
4) Medicina operatoria

CHIRURGIA PLASTICA

Branche principali

1) Chirurgia plastica
2) Chirurgia plastica ricostruttiva
3) Chirurgia plastica e riparatrice

Branche affini

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia della mano
3) Chirurgia generale
4) Chirurgia maxillo-facciale
5) Chirurgia orale
6) Chirurgia pediatrica
7) Chirurgia riparatrice e chirurgia della mano
8) Clinica chirurgica e medicina operatoria
9) Odontoiatria e stomatologia
10) Ortognatodonzia
11) Ortopedia e traumatologia
12) Otorinolaringoiatria

DERMATOLOGIA

Branche principali

1) Clinica dermatologica e venereologia
2) Clinica dermosifilopatica
3) Clinica dermosifilopatica e venereologia
4) Dermatologia
5) Dermatologia e sifilopatia
6) Dermatologia e venereologia
7) Dermosifilopatia
8) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
9) Dermosifilopatia e venereologia
10) Dermosifilopatica
11) Malattie cutanee e veneree
12) Malattie della pelle e veneree
13) Malattie veneree e della pelle
14) Patologia e clinica dermosifilopatica

Branche affini

1) Allergologia
2) Allergologia e immunologia
3) Dermatologia allergologica e professionale
4) Dermatologia pediatrica
5) Dermatologia sperimentale
6) Leporologia e dermatologia tropicale
7) Micologia medica
8) Venerologia

DIABETOLOGIA

Branche principali

1) Diabetologia
2) Diabetologia e malattie del ricambio
3) Clinica medica
4) Clinica medica generale
5) Clinica medica generale e terapia medica
6) Clinica medica e semeiotica
7) Endocrinologia
8) Endocrinologia e malattie metaboliche
9) Endocrinologia e malattie del ricambio
10) Endocrinologia e medicina costituzionale
11) Endocrinologia e patologia costituzionale
12) Malattie del ricambio
13) Malattie dell'apparato digerente e del ri

cambio
14) Malattie del fegato e del ricambio
15) Malattie del rene, del sangue e del ricambio
16) Malattie del sangue e del ricambio
17) Malattie endocrine metaboliche
18) Medicina costituzionale ed endocrinologia
19) Medicina generale
20) Medicina interna
21) Patologia speciale medica
22) Patologia speciale e clinica medica
23) Patologia speciale medica e metodologia clinica
24) Patologia speciale medica e terapia medica
25) Scienze delle costituzioni ed endocrinologia
26) Semeiotica medica

Branche affini

1) Dietetica
2) Dietologia
3) Geriatria
4) Gerontologia e geriatria
5) Malattie dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
6) Malattie del ricambio e dell'apparato digerente
7) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio

EMATOLOGIA

Branche principali

1) Ematologia
2) Ematologia clinica
3) Ematologia clinica e di laboratorio
4) Ematologia generale
5) Ematologia generale clinica e di laboratorio
6) Malattie dell'apparato digerente e del sangue
7) Malattie del rene. del sangue e del ricambio
8) Malattie del sangue
9) Malattie del sangue e degli organi emopoietici
10) Malattie del sangue e dell'apparato digerente
11) Malattie del sangue e del ricambio
12) Malattie del tubo digerente , del sangue e del ricambio
13) Patologia del sangue e degli organi emopoietici

Branche affini

1) Analisi chimico-cliniche e di laboratorio
2) Analisi clinico-chimiche e microbiologia
3) Analisi cliniche di laboratorio
4) Biochimica applicata
5) Biochimica e chimica clinica
6) Biologia clinica
7) Chimica biologica e biochimica
8) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio
9) Immunoematologia
10) Immunoematologia e servizio trasfusionale
11) Medicina interna
12) Microbiologia
13) Microbiologia medica
14) Patologia generale
15) Pediatria
16) Semeiotica e diagnostica di laboratorio
17) Specialista medico di laboratorio
18) Specialista in analisi cliniche di laboratorio
19) Specialista in analisi cliniche e specialista medico laboratorista
20) Terapia medica sistemica
21) Terapia medica sistemica ed idrologia medica

ENDOCRINOLOGIA

Branche principali

1) Endocrinologia
2) Endocrinologia e malattie del ricambio
3) Endocrinologia e malattie metaboliche
4) Endocrinologia e medicina costituzionale
5) Endocrinologia e patologia costituzionale
6) Malattie endocrine e metaboliche
7) Medicina costituzionale ed endocrinologia
8) Medicina costituzionalistica ed endocrinologia
9) Scienza delle costituzioni ed endocrinologia

Branche affini

1) Andrologia
2) Diabetologia
3) Diabetologia e malattie del ricambio
4) Endocrinologia ostetrico-ginecologica
5) Endocrinochirurgia
6) Farmacologia
7) Fisiopatologia della riproduzione umana
8) Medicina interna
9) Medicina generale
10) Pediatria
11) Terapia medica sistematica
12) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

FISIOCHINESITERAPIA

Branche principali

1) Chinesiterapia
2) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica in ortopedia
3) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica
4) Chinesiterapia, fisioterapia e riabilitazione dell'apparato motore
5) Chinesiterapia ortopedica e riabilitazione neuromotoria
6) Fisiochinesiterapia

7) Fisiochinesiterapia e riabilitazione apparato motore
8) Fisiochinesiterapia e rieducazione neuromotoria
9) Fisiochinesiterapia ortopedica
10) Fisiopatologia e fisiokinesiterapia respiratoria
11) Fisioterapia
12) Fisioterapia e riabilitazione
13) Medicina fisica e riabilitazione
14) Riabilitazione e ginnastica medica ortopedica
15) Terapia fisica
16) Terapia fisica e riabilitazione

Branche affini

1) Clinica ortopedica
2) Idrologia, climatologia e talassoterapia
3) Idroclimatologia medica e clinica termale
4) Medicina del lavoro
5) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
6) Neurologia
7) Neuropsichiatria infantile
8) Ortopedia e traumatologia
9) Reumatologia
10) Terapia medica e sistematica ed idrologia medica

FONIATRIA

Branche principali

1) Foniatria
2) Foniatria ed olfattometria

Branche affini

1) Audiologia
2) Clinica otorinolaringoiatrica
3) Logopedia
4) Neuropsichiatria infantile
5) Otorinolaringoiatria
6) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale

GASTROENTEROLOGIA

Branche principali

1) Fisiopatologia digestiva
2) Gastroenterologia
3) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
4) Gastroenterologia e malattie dell'apparato digerente
5) Malattie dell'apparato digerente
6) Malattie dell'apparato digerente e del ricambio
7) Malattie dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
8) Malattie dell'apparato digerente e del sangue
9) Malattie del fegato
10) Malattie del fegato e del ricambio
11) Malattie del ricambio e dell'apparato digerente
12) Malattie del sangue e dell'apparato digerente
13) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio

Branche affini

1) Chirurgia dell'apparato digerente
2) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva
3) Clinica medica e generale
4) Clinica medica generale e terapia medica
5) Endoscopia
6) Endoscopia chirurgica dell' apparato digerente
7) Endoscopia dell'apparato digerente
8) Endoscopia digestiva
9) Endoscopia e malattie del ricambio
10) Fisiopatologia clinica
11) Fisiopatologia medica
12) Gerontologia e Geriatria
13) Medicina di pronto soccorso
14) Medicina d'urgenza
15) Medicina d'urgenza e pronto soccorso
16) Medicina generale
17) Medicina interna
18) Metodologia clinica
19) Metodologia clinica e sistematica
20) Oncologia clinica
21) Patologia speciale medica
22) Patologia speciale medica e metodologia clinica
23) Pediatria
24) Semeiotica medica
25) Terapia medica
26) Terapia medica sistematica
27) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

GERIATRIA

Branche principali

1) Geriatria
2) Geriatria e gerontologia
3) Gerontologia e geriatria
4) Patologia geriatrica

Branche affini

1) Diagnostica neurochirurgica
2) Gerontologia
3) Medicina generale
4) Medicina interna
5) Neurologia
6) Neuroradiologia
7) Terapia medica sistematica
8) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

9) Semeiotica neurochirurgica

IDROCLIMATOLOGIA

Branche principali

1) Idroclimatologia
2) Idroclimatologia clinica
3) Idroclimatologia e clinica termale
4) Idroclimatologia medica e clinica termale
5) Idrologia chimica
6) Idrologia, climatologia e talassoterapia
7) Idrologia, crenologia e climatologia
8) Idrologia medica
9) Idrologia medica e clinica termale

Branche affini

1) Chimica applicata all'igiene
2) Clinica del lavoro
3) Clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie
4) Clinica della tubercolosi e delle vie urinarie
5) Clinica delle malattie del lavoro
6) Clinica medica
7) Endocrinologia
8) Endocrinologia e malattie del ricambio
9) Endocrinologia e malattie metaboliche
10) Fisiopatologia respiratoria
11) Gastroenterologia
12) Igiene
13) Igiene e medicina preventiva
14) Malattie apparato digerente e ricambio
15) Malattie apparato digerente e sangue
16) Malattie dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
17) Malattie dell'apparato respiratorio
18) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
19) Malattie del sangue e del ricambio
20) Malattie del tubo digerente, sangue e ricambio
21) Malattie endocrine e metaboliche
22) Malattie sangue, rene e ricambio
23) Medicina costituzionale ed endocrinologia
24) Medicina del lavoro
25) Pneumologia
26) Tisiologia
27) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio
28) Tisiologia e malattie polmonari

IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Branche principali

1) Epidemiologia
2) Igiene
3) Igiene ed epidemiologia
4) Igiene e medicina preventiva
5) Igiene e medicina preventiva con orientamento di sanità pubblica
6) Igiene e odontoiatria preventiva e sociale con epidemiologia
7) Igiene e sanità pubblica
8) Igiene epidemiologia e sanità pubblica
9) Igiene generale e speciale
10) Igiene pubblica
11) Metodologia epidemiologica ed Igiene

Branche affini

1) Igiene del lavoro
2) Igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri
3) Igiene epidermica
4) Igiene e direzione ospedaliera
5) Igiene e medicina scolastica
6) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio ed analisi cliniche
7) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio
8) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene e medicina scolastica
9) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene e tecnica ospedaliera
10) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene industriale
11) Igiene e medicina preventiva con orientamento di tecnica e direzione ospedaliera
12) Igiene e medicina preventiva indirizzo epidemiologia sanità pubblica
13) Igiene e medicina preventiva indirizzo organizzazione servizi sanitari di base
14) Igiene e medicina preventiva orientamento igiene lavoro
15) Igiene e tecnica e direzione ospedaliera
16) Igiene e tecnica ospedaliera
17) Igiene medica preventiva
18) Igiene medica scolastica
19) Igiene pratica e tecnica ospedaliera
20) Igiene scolastica
21) Medicina ed igiene scolastica
22) Microbiologia
23) Organizzazione dei servizi sanitari di base
24) Parassitologia
25) Puericultura ed igiene infantile
26) Statistica medica
27) Statistica medica e biometria
28) Statistica sanitaria
29) Statistica sanitaria con indirizzo di statistica medica
30) Statistica sanitaria con indirizzo di programmazione sanitaria

MEDICINA INTERNA

Branche principali

1) Clinica medica
2) Clinica medica generale
3) Clinica medica generale e terapia medica
4) Clinica medica e semeiotica
5) Medicina generale
6) Medicina interna
7) Patologia speciale e clinica medica

8) Patologia speciale medica
9) Patologia speciale medica e metodologia clinica
10) Patologia speciale medica e terapia medica
11) Semeiotica medica

Branche affini

1) Allergologia e immunologia clinica
2) Angiologia
3) Cardiologia
4) Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
5) Diabetologia
6) Diabetologia e malattie del ricambio
7) Dietetica
8) Ematologia
9) Endocrinologia
10) Farmacologia
11) Farmacologia clinica
12) Gastroenterologia
13) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
14) Genetica medica
15) Geriatria
16) Gerontologia
17) Idroclimatologia medica e clinica termale
18) Idrologia, climatologia e talassoterapia
19) Idrologia-crenologia e climato-terapia
20) Idrologia medica
21) Malattie del fegato e del ricambio
22) Malattie infettive
23) Malattie infettive dell'infanzia
24) Malattie infettive tropicali e subtropicali
25) Medicina del lavoro
26) Medicina dello sport
27) Medicina nucleare
28) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
29) Medicina tropicale e subtropicale
30) Metodologia clinica
31) Nefrologia
32) Neurologia
33) Oncologia
34) Pediatria
35) Pneumologia
36) Pronto soccorso e terapia di urgenza
37) Reumatologia
38) Terapia medica sistematica
39) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
40) Tossicologia medica

MEDICINA DEL LAVORO

Branche principali

1) Clinica del lavoro
3) Clinica delle malattie del lavoro
4) Fisiologia e igiene del lavoro industriale
5) Igiene industriale
6) Medicina del lavoro
6) Medicina del lavoro e assicurazioni
7) Medicina preventiva delle malattie professionali e psico-tecniche
8) Medicina preventiva dei lavoratori
9) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
10) Tossicologia industriale

Branche affini

1) Tossicologia
2) Tossicologia clinica

MEDICINA DELLO SPORT

Branche principali

1) Medicina dello sport

Branche affini

1) Anestesiologia e rianimazione
2) Audiologia
3) Cardiologia
4) Cardiologia e malattie dei vasi
5) Cardiologia e reumatologia
6) Cardioreumatologia
7) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica in ortopedia
8) Chirurgia
9) Chirurgia d'urgenza
10) Chirurgia dell'infanzia
11) Chirurgia generale
12) Chirurgia generale e pronto soccorso
13) Chirurgia generale e terapia chirurgica
14) Chirurgia infantile
15) Chirurgia pediatrica
16) Clinica chirurgica
17) Clinica chirurgica e medicina operatoria
18) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica
19) Clinica chirurgica infantile
20) Clinica chirurgica pediatrica
21) Clinica della tubercolosi e malattie delle vie respiratorie
22) Clinica della tubercolosi e malattie dell'apparato respiratorio
23) Clinica delle malattie nervose e mentali
24) Clinica dermosifilopatica
25) Clinica medica
26) Clinica medica e semeiotica
27) Clinica medica generale
28) Clinica medica generale e terapia medica
29) Clinica neurologica e malattie mentali
30) Clinica neuropatologica
31) Clinica neuropsichiatrica
32) Clinica oculistica
33) Clinica ortopedica
34) Clinica ortopedica e traumatologica
35) Clinica pediatrica
36) Clinica psichiatrica
37) Clinica psichiatrica e neuropatologica
38) Dermatologia
39) Dermatologia allergologica e professionale
40) Dermatologia e sifilopatia

41) Dermatologia e venerologia
42) Dermosifilopatia
43) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
44) Dermosifilopatia e venerologia
45) Dermosifilopatica
46) Diabetologia
47) Diabetologia e malattie del ricambio
48) Ematologia
49) Ematologia clinica e di laboratorio
50) Endocrinologia
51) Endocrinologia e malattie del ricambio
52) Endocrinologia e malattie metaboliche
53) Farmacologia clinica
54) Fisiokinesiterapia
55) Fisiokinesiterapia e rieducazione neuromotoria
56) Fisiokinesiterapia ortopedica
57) Fisiologia
58) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
59) Kinesiterapia, fisioterapia e riabilitazione dell'apparato motore
60) Malattie cardiovascolari e reumatiche
61) Malattie del sangue
62) Malattie del sangue e del ricambio
63) Malattie del sangue e dell'apparato digerente
64) Malattie del sangue, rene e ricambio
65) Malattie del sangue, tubo digerente e del ricambio
66) Malattie dell'apparato cardiovascolare
67) Malattie dell'apparato respiratorio
68) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
69) Malattie della pelle e veneree
70) Malattie nervose
71) Malattie nervose e mentali
72) Malattie veneree e della pelle
73) Medicina aeronuatica e spaziale
74) Medicina costituzionale ed endocrinologia
75) Medicina costituzionalistica ed endocrinologia
76) Medicina del nuoto e attività sub
77) Medicina fisica e riabilitazione
78) Medicina generale
79) Medicina interna
80) Medicina sociale
81) Nefrologia
82) Nefrologia medica
83) Neurochirurgia
84) Neurologia
85) Neurologia e psichiatria
86) Neuropatologia e psichiatria
87) Neuropsichiatria
88) Neuropsichiatria infantile
89) Oculistica
90) Oftalmia e clinica oculistica
91) Oftalmoiatria e clinica oculistica
92) Oftalmologia e clinica oculistica
93) Oftalmologia e oculistica
94) Ortopedia
95) Ortopedia e traumatologia
96) Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore
97) Patologia chirurgica dimostrativa
98) Patologia del sangue e degli organi emopoietici
99) Patologia e clinica dermosifilopatica
100) Patologia e clinica oculistica
101) Patologia e clinica pediatrica
102) Patologia generale
103) Patologia medica dimostrativa
104) Patologia oculare e clinica oculistica
105) Patologia speciale chirurgica
106) Patologia speciale chirurgica dimostrativa
107) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica
108) Patologia speciale e clinica medica
109) Patologia speciale medica
110) Patologia speciale medica dimostrativa
111) Patologia speciale medica e metodologia clinica
112) Pediatria
113) Pediatria e puericultura
114) Pediatria medica
115) Pronto soccorso e terapia d'urgenza
116) Psichiatria
117) Psichiatria e neuropatologia
118) Reumatologia
119) Scienza dell'alimentazione
120) Semeiotica chirurgica
121) Semeiotica medica
122) Terapia medica sistematica
123) Tisiologia
124) Tisiologia e malattie polmonari
125) Tossicologia medica

MEDICINA LEGALE

Branche principali

1) Medicina legale
2) Medicina legale del lavoro
3) Medicina legale e delle assicurazioni
4) Medicina legale ed infortunistica

Branche affini

1) Anatomia ed istologia patologica
2) Antropologia criminale
3) Criminologia
4) Criminologia clinica
5) Criminologia clinica e psichiatria
6) Criminologia clinica e psichiatria forense
7) Criminologia clinica indirizzo medicina psicologica e psichiatria forense
8) Immunoematologia e servizio trasfusionale
9) Medicina delle assicurazioni
10) Medicina delle assicurazioni e medicina sociale
11) Medicina del lavoro
12) Tecnica delle autopsie
13) Tecnica e diagnostica istopatologica
14) Tossicologia forense

MEDICINA NUCLEARE

Branche principali

1) Fisica nucleare applicata alla medicina
2) Medicina nucleare
3) Radiologia medica e medicina nucleare

Branche affini

1) Radiobiologia
2) Radiodiagnostica
3) Radiologia
4) Radiologia ed elettroterapia
5) Radiologia e terapia fisica
6) Radiologia medica e medicina nucleare
7) Radiologia medica e radioterapia
8) Radiologia medica e terapia fisica
9) Radioterapia
10) Radioterapia oncologica

NEFROLOGIA

Branche principali

1) Emodialisi
2) Malattie del rene, sangue e ricambio
3) Nefrologia
4) Nefrologia chirurgica
5) Nefrologia di interesse chirurgico
6) Nefrologia medica

Branche affini

1) Medicina generale
2) Medicina interna
3) Pediatria
4) Terapia medica sistematica
5) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
6) Urologia

NEUROLOGIA

Branche principali

1) Clinica delle malattie nervose e mentali
2) Clinica neurologica
3) Clinica neurologica e malattie mentali
4) Clinica neuropatologica
5) Clinica neuropsichiatrica
6) Clinica psichiatrica e neuropatologica
7) Malattie nervose
8) Malattie nervose e mentali
9) Neurofisiopatologia
10) Neurologia
11) Neurologia e psichiatria
12) Neuropatologia
13) Neuropatologia e psichiatria
14) Neuropsichiatria
15) Psichiatria e neuropatologia

Branche affini

1) Clinica psichiatrica
2) Igiene mentale
3) Medicina generale
4) Medicina interna
5) Neurochirurgia
6) Neurofisiopatologia
7) Neurologia psichiatrica
8) Neuropsichiatria infantile
9) Neuropsicofarmacologia
10) Neuroradiologia
11) Psichiatria
12) Terapia medica sistematica
13) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Branche principali

1) Neuropsichiatria infantile

Branche affini

1) Fisiochinesiterapia e rieducazione psicosomatica
2) Genetica medica
3) Igiene mentale
4) Neurologia
5) Neurologia infantile
6) Neuropsicofarmacologia
7) Pediatria
8) Psichiatria
9) Psichiatria infantile
10) Psicologia
11) Psicologia dell'età evolutiva
12) Psicologia medica
13) Psicologia sperimentale

OCULISTICA

Branche principali

1) Clinica oculistica
2) Clinica oftalmologica
3) Oculistica
4) Oftalmologia
5) Oftalmia e clinica oculistica
6) Oftalmoiatria e clinica oculistica
7) Oftalmologia e clinica oculistica
8) Oftalmologia e oculistica
9) Patologia e clinica oculistica
10) Patologia oculare e clinica oculistica

Branche affini

1) Chirurgia oculare
2) Ortottica
3) Ottica fisiologica
4) Ottica fisiopatologica

ODONTOIATRIA

Branche principali

1) Clinica odontoiatriaca
2) Clinica odontoiatrica e stomatologia
3) Clinica odontoiatrica e stomatologica
4) Odontoiatria
5) Odontoiatria e protesi dentale o dentaria
6) Odontostomatologia
7) Odontostomatologia e protesi dentale o dentaria
8) Stomatologia
9) Stomatologia e chirurgia maxillo-facciale

Branche affini

1) Chirurgia maxillo-facciale
2) Chirurgia orale
3) Chirurgia plastica
4) Ortodonzia
5) Ortognatodonzia
6) Otorinolaringoiatria

ONCOLOGIA

Branche principali

1) Chemioterapia antiblastica
2) Oncologia
3) Oncologia clinica
4) Oncologia generale
5) Oncologia indirizzo oncologia medica
6) Oncologia indirizzo oncologia generale e diagnosi preventiva
7) Oncologia medica

Branche affini

1) Chemioterapia
2) Citochimica ed istochimica
3) Citologia
4) Citopatologia
5) Istituzioni di patologia generale
6) Istochimica normale e patologia
7) Istochimica patologica
8) Medicina del lavoro
9) Medicina generale
10) Medicina interna
11) Medicina nucleare
12) Oncologia generale
13) Oncologia sperimentale
14) Patologia generale
15) Radiobiologia
16) Radiodiagnostica
17) Radiologia
18) Radiologia medica
19) Radiologia medica e radioterapica
20) Radiologia medica e terapia fisica
21) Radioterapia
22) Radioterapia fisica
23) Radioterapia oncologica
24) Tecnica e diagnostic istopatologica
25) Terapia medica sistematica

ORTOPEDIA

Branche principali

1) Clinica ortopedica
2) Clinica ortopedica e traumatologia
3) Clinica ortopedica e traumatologia apparato motore
4) Ortopedia
5) Ortopedia e traumatologia
6) Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore
7) Traumatologia e chirurgia ortopedica

Branche affini

1) Chinesiterapia fisioterapica, riabilitazione e ginnastica in ortopedia
2) Chirurgia della mano
3) Chirurgia generale
4) Chirurgia plastica
5) Fisiochinesiterapia ortopedica
6) Fisioterapia e riabilitazione
7) Recupero e rieducazione funzionale dei neurolesi e dei motulesi
8) Terapia fisica
9) Traumatologia

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Branche principali

1) Clinica ostetrica
2) Clinica ostetrica e ginecologica
3) Fisiopatologia della riproduzione umana
4) Fisiopatologia della riproduzione umana ed educazione demografica
5) Fisiopatologia ostetrica e ginecologica
6) Ginecologia e ostetricia
7) Ginecologia e ostetricia indirizzo fisiopatologia della riproduzione umana
8) Ostetricia
9) Ostetricia e ginecologia
10) Patologia ostetrica e ginecologica
11) Patologia e clinica ostetrica e ginecologica

Branche affini

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia generale
3) Clinica chirurgica e medicina operatoria
4) Endocrinologia ostetrica e ginecologica
5) Endocrinologia ginecologica
6) Fisiopatologia prenatale
7) Fisiopatologia della riproduzione e della sterilità
8) Genetica medica
9) Genetica umana
10) Ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza
11) Ginecologia endocrinologica
12) Ginecologia oncologica

13) Ginecologia urologica
14) Medicina dell'età prenatale
15) Medicina operatoria
16) Oncologia ginecologica
17) Patologia embriofetale
18) Puericultura prenatale
19) Semeiotica ostetrica
20) Urologia
21) Urologia ginecologica

OTORINOLARINGOIATRIA

Branche principali

1) Clinica otorinolaringoiatrica
2) Otorinolaringoiatria
3) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale

Branche affini

1) Audiologia
2) Chirurgia maxillo-facciale
3) Chirurgia plastica

PATOLOGIA CLINICA

Branche principali

1) Analisi biologiche
2) Analisi chimico-cliniche di laboratorio
3) Analisi chimico-cliniche e microbiologia
4) Analisi cliniche
5) Analisi cliniche di laboratorio
6) Batteriologia
7) Biochimica
8) Biochimica applicata
9) Biochimica clinica
10) Biochimica e chimica clinica
11) Biochimica sistematica umana
12) Biologia clinica
13) Chimica biologica
14) Chimica biologica e biochimica
15) Clinica di laboratorio
16) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio
17) Medicina preventiva con orientamento di laboratorio
18) Microbiologia
19) Microbiologia clinica
20) Microbiologia e virologia
21) Microbiologia medica
22) Patologia clinica
23) Patologia generale
24) Semeiotica e diagnostica di laboratorio
25) Specialista medico di laboratorio
26) Specialista in analisi cliniche e di laboratorio
27) Specialista in analisi cliniche e specialista medico laboratorista

Branche affini

1) Anatomia ed istologia patologica
2) Anatomia patologica
3) Anatomia patologica e istologia patologica
4) Anatomia patologica e tecniche di laboratorio
5) Chimica clinica
6) Chimica e microscopia clinica
7) Citochimica ed istochimica
8) Citologia
9) Citopatologia
10) Diagnostica di laboratorio
11) Ematologia
12) Igiene
13) Igiene ed epidemiologia
14) Igiene e medicina preventiva
15) Igiene e sanità pubblica
16) Igiene e tecnica ospedaliera
17) Igiene generale e speciale
18) Igiene pubblica
19) Igiene, tecnica e direzione ospedaliera
20) Immunochimica
21) Immunoematologia
22) Immunologia
23) Immunologia clinica
24) Immunopatologia
25) Istituzioni di patologia generale
26) Istochimica normale e patologica
27) Istochimica patologica
28) Istologia clinica
29) Istologia patologica
30) Istologia normale e patologica
31) Medici laboratoristi
32) Micologia medica
33) Parassitologia
34) Parassitologia medica
35) Settore laboratorista
36) Settore e medici laboratoristi
37) Tecnica e diagnostica istopatologica
38) Virologia

PEDIATRIA

Branche principali

1) Clinica pediatrica
2) Clinica pediatrica e puericultura
3) Patologia e clinica pediatrica
4) Patologia neonatale
5) Pediatria
6) Pediatria e puericultura
7) Pediatria indirizzo neonatologia e patologia neonatale
8) Pediatria indirizzo pediatria generale
9) Pediatria preventiva e puericultura
10) Pediatria preventiva e sociale
11) Pediatria sociale e puericultura
12) Puericultura

Branche affini

1) Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
2) Genetica medica
3) Immaturi
4) Malattie infettive
5) Malattie infettive dell'infanzia
6) Malattie infettive tropicali e subtropicali
7) Medicina ed igiene scolastica
8) Medicina generale
9) Medicina interna
10) Medicina tropicale e subtropicale
11) Neonatologia
12) Nipiologia
13) Nipiologia e paidologia
14) Pediatria indirizzo neonatologia e patologia neonatale
15) Puericultura e dietetica infantile
16) Puericultura ed igiene infantile
17) Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale all'infanzia
18) Terapia intensiva per immaturi ad alto rischio
19) Terapia medica sistematica
20) Terapia medica sistematica ed idrologica medica

PNEUMOLOGIA

Branche principali

1) Broncopneumologia
2) Clinica della tubercolosi
3) Clinica della tubercolosi e malattie dell'apparato respiratorio
4) Clinica della tubercolosi e malattie delle vie respiratone
5) Clinica della tubercolosi e delle vie urinarie
6) Fisiopatologia respiratoria
7) Fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria
8) Malattie dell'apparato respiratorio
9) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
10) Malattie polmonari e dei bronchi
11) Pneumotisiologia
12) Pneumologia e fisiopatologia respiratoria
13) Tisiologia
14) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio
15) Tisiologia e malattie polmonari
16) Tubercolosi e malattie delle vie respiratorie

Branche affini

1) Chirurgia toracica
2) Geriatria
3) Gerontologia
4) Medicina del lavoro
5) Medicina generale
6) Medicina interna
7) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
8) Riabilitazione cardiaca e respiratoria
9) Riabilitazione respiratoria
10) Terapia medica sistematica
11) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

PSICHIATRIA

Branche principali

1) Clinica della malattie nervose e mentali
2) Clinica neurologica e malattie mentali
3) Clinica neuropsichiatrica
4) Clinica psichiatrica
5) Clinica psichiatrica e neuropatologica
6) Igiene mentale
7) Malattie nervose e mentali
8) Neurologia e psichiatria
9) Neuropatologia e psichiatria
10) Neuropsichiatria
11) Psichiatria
12) Psichiatria e neuropatologia

Branche affini

1) Antropologia criminale
2) Clinica neurologica
3) Clinica neuropatologica
4) Criminologia clinica
5) Igiene mentale
6) Neurologia
7) Neurologia psichiatrica
8) Neuropsichiatria infantile
9) Neuropsicofarmacologia
10) Psichiatria infantile
11) Psicologia
12) Psicologia ad indirizzo medico
13) Psicologia clinica
14) Psicologia del ciclo di vita
15) Psicologia del lavoro
16) Psicologia sociale applicata
17) Psicologia sperimentale
18) Psicotecnica
19) Psicoterapia e Psicologia clinica

RADIOLOGIA

Branche principali

1) Radiologia
2) Radiodiagnostica
3) Radiodiagnostica e scienza delle immagini
4) Radiologia diagnostica
5) Radiologia ed elettroterapia
6) Radiologia e fisioterapia
7) Radiologia e radioterapia
8) Radiologia e terapia fisica
9) Radiologia indirizzo radiodiagnostico e scienza delle immagini
10) Radiologia indirizzo radiologia diagnostica
11) Radiologia medica
12) Radiologia medica e medicina nucleare
13) Radiologia medica e radioterapia

14) Radiologia medica e terapia fisica
15) Radiologia orientamento radiodiagnostico
16) Radiologia radiodiagnostica

Branche affini

1) Anatomia radiologica
2) Fisica nucleare applicata alla medicina
3) Medicina nucleare
4) Medicina nucleare ed oncologia
5) Medicina e radioterapia
6) Neuroradiologia
7) Radiobiologia
8) Radioimmunologia
9) Radioterapia
10) Radioterapia oncologica

REUMATOLOGIA

Branche principali

1) Reumatologia

Branche affini

1) Cardioreumatologia
2) Farmacologia
3) Malattie cardiovascolari e reumatiche
4) Medicina generale
5) Medicina interna
6) Pediatria
7) Terapia medica sistematica
8) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

SCIENZA DELL' ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA

Branche principali

1) Dietologia
2) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
3) Scienza dell'alimentazione
4) Scienza dell'alimentazione ad indirizzo dietetico
5) Scienza dell'alimentazione ad indirizzo nutrizionistico
6) Scienza dell'alimentazione e dietetica
7) Scienza dell'alimentazione e dietologia

Branche affini

1) Auxologia normale e patologica
2) Biochimica applicata
3) Chimica biologica
4) Clinica medica
5) Clinica medica e semeiotica
6) Clinica medica generale
7) Clinica pediatrica
8) Diabetologia
9) Diabetologia e malattie del ricambio
10) Endocrinologia e malattie del ricambio
11) Endocrinologia e malattie metaboliche
12) Farmacologia
13) Fisiologia della nutrizione
14) Fisiologia umana
15) Gastroenterologia
16) Gastroeneterologia ed endoscopia digestiva
17) Geriatria
18) Gerontologia
19) Gerontologia e geriatria
20) Idrologia medica
21) Igiene
22) Igiene ed epidemiologia
23) Igiene e medicina preventiva
24) Igiene e medicina scolastica
25) Igiene e sanità pubblica
26) Igiene e tecnica ospedaliera
27) Igiene generale e speciale
28) Igiene pubblica
29) Igiene scolastica
30) Igiene tecnica e direzione ospedaliera
31) Idrologia medica
32) Malattie dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
33) Malattie dell'apparato digerente e del ricambio
34) Malattie del fegato e del ricambio
35) Malattie del ricambio
36) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio
37) Medicina costituzionalistica endocrinologica
38) Medicina del lavoro
39) Medicina generale
40) Medicina interna
41) Patologia e clinica pediatrica
42) Patologia neonatale
43) Patologia speciale e clinica medica
44) Patologia speciale medica
45) Patologia speciale medica e metodologia clinica
46) Pediatria
45) Puericultura
47) Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale all'infanzia.
48) Puericultura e dietetica infantile
49) Puericultura ed igiene infantile
50) Terapia medica sistematica
51) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

TOSSICOLOGIA MEDICA

Branche principali

1) Farmacoterapia e tossicologia medica
2) Medicina tossicologica e farmacoterapia
3) Tossicologia
4) Tossicologia clinica
5) Tossicologia forense
6) Tossicologia industriale
7) Tossicologia medica

Branche affini

1) Analisi chimico-cliniche e microbiologia
2) Anatomia ed istologia patologica
3) Anatomia ed istologia patologica e tecnica di laboratorio
4) Anatomia patologica
5) Anatomia patologica e tecnica di laboratorio
6) Anestesia e rianimazione
7) Anestesiologia e rianimazione
8) Biochimica e chimica clinica
9) Cardiologia
10) Clinica medica
11) Clinica medica generale
12) Clinica medica generale e terapia medica
13) Farmacologia
14) Farmacologia applicata
15) Farmacologia clinica
16) Farmacologia indirizzo tossicologico
17) Malattie del fegato e del ricambio
18) Medicina generale
19) Medicina interna
20) Microbiologia
21) Microbiologia applicata
22) Nefrologia
23) Nefrologia medica
24) Parassitologia medica
25) Patologia e clinica medica
26) Patologia speciale medica
27) Patologia speciale medica e metodologia clinica
28) Pronto soccorso e terapia d'urgenza
29) Virologia

UROLOGIA

Branche principali

1) Clinica delle malattie delle vie urinarie
2) Clinica urologica
3) Malattie delle vie urinarie
4) Malattie genito-urinarie
5) Nefrologia chirurgica
6) Patologia e clinica delle vie urinarie
7) Urologia
8) Urologia ed emodialisi
9) Patologia urologica

Branche affini

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia generale
3) Chirurgia pediatrica
4) Clinica chirurgica e medicina operatoria
5) Medicina operatoria
6) Nefrologia

ALLEGATO A

Parte II

TITOLI E CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI CUI ALL'ART. 8 DELL'ACCORDO.

TITOLI	PUNTEGGIO
A) TITOLI ACCADEMICI	
1) Voto di laurea:	
Voto di laurea 110 e lode	3.00
Voto di laurea 110	1.80
Voto di laurea da 101 a 109	1.20
2) Specializzazioni o libere docenze in Branche principali:	
per la prima specializzazione o libera docenza	3,00
per ogni ulteriore specializzazione o libera docenza	1,00
3) Specializzazioni o libere docenze in Branche affini:	
per la prima specializzazione o libera docenza	1,20
per ogni ulteriore specializzazione o libera docenza	0,40
4) Voto di specializzazione:	
voto di specializzazione 70/70 in branca principale (una sola volta)	0,80

Al concorrente che nella stessa branca abbia conseguito la specializzazione e la libera docenza, viene attribuito una sola volta il punteggio previsto.

B) ATTIVITA' PROFESSIONALE

Attività professionale, svolta a qualsiasi titolo nella branca principale dopo la data del conseguimento del titolo valido per l'inclusione in graduatoria, p.1.20 per ogni anno d'attività frazionabile per mese. Sostituzioni ,incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati, a favore di una Azienda Usl , dalla data di pubblicazione del presente accordo nella branca :

Fino a ore settimanali	5	10	20	38 e oltre
Punteggio mese o fraz. sup. 15 gg	0,10	0,20	0,30	0,50

A parità di punteggio prevale l'anzianità di laurea e in subordine l'anzianità anagrafica.

C) ODONTOIATRI

Per gli iscritti all'albo degli odontoiatri, medici non specialisti e laureati in odontoiatria, partecipanti alle graduatorie per la branca di odontostomatologia, per la valutazione dei titoli di attività professionale si fa riferimento alla data di iscrizione nello speciale albo degli odontoiatri ai sensi della legge n.409 del 1985.

Per i medici specialisti nella branca di odontostomatologia, per la valutazione dei titoli professionali , si fa riferimento alla data di conseguimento del titolo di specializzazione anche se iscritti all'Albo degli odontoiatri.

NORME FINALI

1. Resta confermata la titolarità degli incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore del presente allegato sulla base di titoli validi all'epoca del conferimento, ancorchè non più inclusi negli elenchi di cui alla prima parte dell'allegato medesimo.
2. Si concorda sull'opportunità d'incontri annuali per l'eventuale revisione e l'aggiornamento della parte prima dell'allegato A. Tali incontri si svolgeranno in tempi utili affinchè gli aggiornamenti concordati possano avere applicazione in sede di formazione delle graduatorie nell'anno successivo.
3. Le intese intervenute sulla materia sono approvate con decreto del Ministro della sanità.

ALLEGATO B

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
(art. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale)

AL COMITATO ZONALE DI ....

OGGETTO: Domanda di inclusione nella graduatoria di ....della Provincia di ....per l'anno 20..... per svolgere la propria attività presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'Accordo nazionale con i medici specialisti ambulatoriali.

Il sottoscritto Dott. .... chiede, ai sensi dell'art. 8 del vigente Accordo collettivo nazionale con i medici specialisti ambulatoriali, di essere incluso per l'anno .... nella graduatoria di .... relativa alla Provincia .... nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.
A tale fine dichiara, ai sensi e per gli effetti della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni:

1. di essere nato a .... (prov. ....) il ....
2. di essere residente nel Comune di .... (prov. ....) in Via .... Cap .... telefono ....
3. di essere laureato in ....(medicina e chirurgia o odontoiatria) con voto .... presso l'Università di .... in data ....
4. di essere abilitato all'esercizio della professione di .... (medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione .... presso l'Università di ....
5. di essere iscritto all'Albo professionale .... (dei medici chirurghi o degli odontoiatri) presso l'Ordine provinciale di .... dal ....
6. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in .... conseguita il .... presso l'Università di .... con voto ....
in .... conseguita il .... presso l'Università di .... con voto ....
in .... conseguita il .... presso l'Università di .... con voto ....
in .... conseguita il .... presso l'Università di .... con voto ....
7. di essere in possesso delle seguenti libere docenze:
in .... con Decreto Ministeriale del ....
in .... con Decreto Ministeriale del ....
in .... con Decreto Ministeriale del ....
in .... con Decreto Ministeriale del ....
8. di non aver subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi, OVVERO di aver subito il seguente provvedimento disciplinare da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi: ....

9. di avere svolto la seguente attività professionale come sostituto nella branca dalla data di pubblicazione del presente accordo:

Branca...............................Asl..........................ore sett. ....dal..............al.......
Branca...............................Asl..........................ore sett. ....dal..............al.......
Branca...............................Asl..........................ore sett. ....dal..............al.......
Branca...............................Asl..........................ore sett. ....dal..............al.......
Branca...............................Asl..........................ore sett. ....dal..............al.......
Branca...............................Asl..........................ore.sett. ....dal..............al.......

DICHIARA ANCORA DI
(Barrare la voce che interessa)

a) avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale	SI	NO
b) svolgere attività medico-generica in quanto medico di libera scelta a ciclo di fiducia iscritto negli elenchi previsti dalla convenzione unica dei medici generici	SI	NO
c) essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta	SI	NO
d) esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'accordo stesso	SI	NO
e) operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate con l'Azienda (in caso affermativo indicare l'Azienda ....)	SI	NO
f) svolgere attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda ....)	SI	NO
g) avere una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta con case di cura private e industrie farmaceutiche	SI	NO
h) di percepire indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta e la misura dell'indennità percepita	SI	NO

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale - come richiamate dall'art. 26 della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 nel caso di dichiarazioni mendaci - afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

....
(Data)   (Firma per esteso)

Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio del Comitato Zonale, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla.
Se, viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
N.B. La presente domanda, con le appropriate modificazioni, è utilizzata anche per le comunicazioni che annualmente i titolari di incarico devono inviare ai comitati di cui all'art. 11.

ALLEGATO C

MODALITA' DI ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI PROTESICHE (PROTESI DENTARIE ED ORTODONTICHE) - ORTESI

1) Le parti riconoscono che, anche al fine di soddisfare le condizioni di eseguibilità degli interventi demandati allo specialista ambulatoriale, l'ambulatorio odontoiatrico dell'Azienda deve essere dotato di tutte le attrezzature tecnicamente indispensabili all'odontoiatra per un corretto e proficuo esercizio della specifica attività professionale finalizzata all'applicazione di protesi dentarie e ortodontiche, alla stregua delle indicazioni elencate in calce al presente documento.
2) Le parti, come presupposto essenziale per la qualificazione del Servizio e a garanzia della professionalità della categoria degli specialisti ambulatoriali, sottolineano l'esigenza che, nella individuazione dei laboratori odontotecnici da convenzionare con le Aziende, accertino con il massimo rigore la effettiva sussistenza presso i laboratori stessi delle condizioni organizzative, tecnico-strumentali e di personale idonee a garantire obiettivamente la qualità merceologica delle protesi, la loro funzionalità in relazione alle esigenze cliniche degli assistiti e la loro piena rispondenza alle prescrizioni dello specialista. In ogni caso i laboratori odontotecnici devono dimostrare di aver provveduto alla registrazione presso il Ministero della Sanità a norma dell'art. 11 commi 6 e 7 e dell'art. 13 commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 24 febbraio 1997 n. 46, emanato in attuazione della direttiva comunitaria n. 93/42/CEE;
3) Le parti ribadiscono che tutti gli atti medici preventivi, contestuali e successivi all'applicazione delle protesi dentarie ed ortodontiche attengono alla piena ed esclusiva responsabilità professionale dello specialista odontoiatra.
   In particolare, ferme restando le prerogative istituzionali degli organi sanitari delle Aziende, sono di esclusiva competenza dello specialista odontoiatra, secondo sua scienza e coscienza, nel rispetto delle norme deontologiche che regolano la professione:
   a) la predisposizione del piano di lavoro finalizzato all'applicazione della protesi;
   b) l'effettuazione di tutte le prestazioni medico-chirurgiche necessarie alla preparazione del cavo orale;
   c) la rilevazione delle impronte;
   d) la prescrizione, nell'ambito delle possibilità organizzative del servizio e avuto riguardo alle richieste degli assistiti, del tipo di protesi più rispondente alle esigenze cliniche degli assistiti stessi. Per la prescrizione medesima si utilizza il modulario prescritto dal Ministero della Sanità, in attuazione del Decreto Legislativo 24 febbraio 1997 n. 46, con la circolare DPS/16.AG./1772;
   e) la scelta dei materiali sanitariamente più opportuni;
   f) le conseguenti indicazioni tecnico-sanitarie per la realizzazione del manufatto da parte del laboratorio convenzionato;
   g) le operazioni di applicazione delle protesi;
   h) la verifica della qualità della protesi sia sul piano della rispondenza alle esigenze dell'assistito ed alla prescrizione e sia sul piano merceologico;
   i) le eventuali indicazioni tecnico-sanitarie per la sua rettifica;
   l) gli atti medici di controllo successivo ed il giudizio finale sulla idoneità della protesi.

   In conseguenza di quanto sopra, si chiarisce che devono intendersi esclusi i rapporti professionali diretti tra l'assistito e il laboratorio odontotecnico

convenzionato officiato dalla realizzazione della protesi e che laddove rapporti di tal genere dovessero instaurarsi la circostanza deve essere assunta come condizione risolutiva della convenzione con il laboratorio.

4) Le parti convengono che le Aziende, nelle fasi di svolgimento del piano di lavoro finalizzato all'applicazione delle protesi in cui lo specialista lo ritenga utile e solo in caso di sua esplicita richiesta, debbono garantire la presenza nell'ambulatorio di un odontotecnico diplomato del laboratorio convenzionato per lo svolgimento, in base alle indicazioni dello specialista stesso, delle attività ausiliarie consentite dalle leggi in vigore.
5) Le parti, al fine di perseguire la migliore produttività del servizio ed anche in relazione alle esigenze poste dalla necessità di programmare la collaborazione dell'odontotecnico diplomato, sottolineano l'opportunità che gli orari di svolgimento dell'attività specialistica ambulatoriale finalizzata all'applicazione delle protesi siano tenuti distinti da quelli in cui viene effettuata la normale attività del gabinetto dentistico.
6) Per l'attribuzione degli incarichi finalizzati all'esecuzione dell'attività protesica si richiamano le norme di cui all' art. 10 comma 2. Relativamente agli specialisti in servizio alla data del 16 ottobre 1984, l'esecuzione delle attività protesiche può essere affidata agli stessi nel caso che si dichiarino disponibili ad accettare aumenti di orario finalizzati allo svolgimento delle dette attività.
7) Le clausole del presente documento si estendono, con gli opportuni adattamenti, all'attività ortesica.

A) DOTAZIONE DEL GABINETTO ODONTOIATRICO:
- riunito dentale completo di poltrona con azzeramento, micromotore con manipolo, turbina con manipolo, lampada, siringa aspiratore, compressore;
- apparecchio radiografico endorale;
- servomobili;
- sgabello per operatore;
- sterilizzatrice;
- strumentario per visite, prevenzione, cure conservative (comprese quelle canalari), estrazioni, chirurgia orale ambulatoriale e paradontologia.

B) DOTAZIONE SPECIFICA PER PROTESI ED ORTESI:
- portaimpronte alluminio forate;
- portaimpronte anatomiche serie complete;
- alginato;
- materiale prima impronta;
- frese diamantate per preparazione turbo trapano;
- frese tungsteno per preparazione turbo trapano;
- ruotine per denti varie forme;
- ruotine per acciaio varie forme;
- punte montate per ritocco forme varie e tipi;
- ruotine diamantate varie forme;
- pinza universale;
- pinza Waldasch;
- pinza Adams;
- pinza piegafili;
- pinza tronchese;
- pinze ossivore;
- pinza Reynolds;
- martello leva-corone;
- scodelle per gesso ed alginato varie forme;
- spatole per cera grandi e piccole;
- spatole per cera Lecron;
- gesso dura per modelli;
- gesso extra duro rosa;
- gesso per ortodonzia bianco;
- corona provvisorio policarbonato;
- carta per articolazione blu e rossa;
- confezione cemento per fissaggio protesi;
- resina a freddo per provvisori;
- resina per riparazioni rapide;
- cera collante;
- resina per ribasare;
- cera per masticazione;
- cera per modellare;
- micromotore laboratorio per ritocchi protesi;
- spazzolini a feltro e tela per lucidare protesi;
- base platten argentate.

ALLEGATO D

NOMENCLATORE TARIFFARIO

1 – Consulto ambulatoriale con il medico di medicina generale e/o altro specialista di altra branca	L. 50.000
2 – Consulto domiciliare con il medico di medicina generale e/o specialista di altra branca	L. 70.000
3 – Parto a domicilio	L. 800.000
4 – Agopuntura in ambulatorio, per ogni seduta	L. 50.000

Le prestazioni suddette sono effettuate, a richiesta del medico di medicina generale o dello specialista, previa autorizzazione del direttore del distretto o suo delegato.

L'agopuntura di cui al n.4, in quanto tecnica terapeutica non pertinente ad una specifica branca specialistica, può essere eseguita da un medico anche non specialista in possesso delle particolari capacità professionali accertate con le procedure di cui all'art.9,comma 2, del presente Accordo collettivo nazionale.

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23.12.1978, N. 833 E DELL'ART. 8, COMMA 8, DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502/92, COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N. 517/93 E N. 229/99

Regione Umbria:

Regione Abruzzo:

Regione Campania:

Regione Lazio:

Regione Lombardia:

Regione Toscana:

Regione Veneto:

S.U.M.A.I (Sindacato Unitario Medici Specialisti Ambulatoriali Italiani)

FEDERAZIONE MEDICI:

F. P. C.G.I.L. MEDICI:

CISL MEDICI:

U.M.U.S. (Unione Medici Unità Sanitarie locali):

CONF.S.A.L. MEDICI

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), è il seguente:

«Art. 48 *(Personale a rapporto convenzionale)*. — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* n. 289 del 28 ottobre 1976».

— Il testo dell'art. 8, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993,

n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'art. 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449».

— Il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, concerne «Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

— Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concerne «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge. 30 novembre 1998, n. 419».

— Il testo dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), è il seguente:

«9. La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio sanitario nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Partecipano i rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e, limitatamente al rinnovo dei contratti, del Dipartimento della funzione pubblica, designati dai rispettivi Ministri. La delegazione ha sede presso la segreteria della Conferenza permanente, con un apposito ufficio al quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità a tal fine collocato fuori ruolo. Ai fini di quanto previsto dai commi ottavo e nono dell'art. 6 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituiti dall'art. 18 della legge 12 giugno 1990, n. 146, la delegazione regionale trasmette al Governo l'ipotesi di accordo entro quindici giorni dalla stipula. *(Comma abrogato, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti di servizio sanitario, dall'art. 74, decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29).*».

— Il testo dell'art. 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«Art. 74 *(Norme abrogate)*. — 1. Sono abrogate le disposizioni incompatibili con il presente decreto ed in particolare le seguenti norme:

articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23 e 26, comma quarto, 27, comma primo, n. 5, 28, 30, comma terzo, della legge 29 marzo 1983, n. 93;

legge 10 luglio 1984, n. 301, fatte salve quelle che riguardano l'accesso alla qualifica di primo dirigente del Corpo forestale dello Stato;

art. 17, comma 1, lettera *e)*, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

art. 9 della legge 9 maggio 1989, n. 168;

art. 32, comma 2, lettera *c)*, limitatamente all'espressione «la disciplina dello stato giuridico e delle assunzioni del personale» e art. 51, comma 8, della legge 8 giugno 1990, n. 142;

art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale;

art. 10, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

art. 4, commi decimo, undicesimo, dodicesimo e tredicesimo, della legge 11 luglio 1980, n. 312;

art. 2 del decreto-legge 6 giugno 1981, n. 283, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 1981, n. 432;

articoli 27 e 28 del decreto del Presidente della Repubblica 8 maggio 1987, n. 266, come integrato dall'art. 10 del decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987, n. 494;

art. 4, commi 3 e 4, e art. 5, della legge 7 luglio 1988, n. 254;

art. 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 534;

art. 10, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 533, fatti salvi i concorsi banditi alla data di entrata in vigore del presente decreto;

art. 6 della legge 11 luglio 1980, n. 312; art. 6-*bis* del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67;

i riferimenti alla legge 4 giugno 1985, n. 281, e alla legge 10 ottobre 1990, n. 287, contenuti nell'art. 7, comma 1, del decreto legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438, e nell'art. 2, comma 8, del decreto-legge 11 luglio 1992, n. 333, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1992, n. 359».

— Il testo dell'art. 17, comma 1, lettera *d)*, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), è il seguente:

«Art. 17 *(Regolamenti)*. — 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunziarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a)-c) (Omissis);

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge;».

— La legge 12 giugno 1990, n. 146, concerne «Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati. Istituzione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge».

— La legge 11 aprile 2000, n. 83, concerne «Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati».

— Il testo dell'art. 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133 (Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale), è il seguente:

«Art. 10 *(Disposizioni in materia di federalismo fiscale)*. — 1. Il Governo è delegato ad emanare, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi aventi per oggetto il finanziamento delle regioni a statuto ordinario e l'adozione di meccanismi perequativi interregionali, in base ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) abolizione dei vigenti trasferimenti erariali a favore delle regioni a statuto ordinario, ad esclusione di quelli destinati a finanziare interventi nel settore delle calamità naturali, nonché di quelli a specifica destinazione per i quali sussista un rilevante interesse nazionale; sono in ogni caso ricompresi tra i trasferimenti soppressi quelli destinati al finanziamento del trasporto pubblico di cui al decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422, e della spesa sanitaria corrente; quest'ultima è computata al netto delle somme vincolate da accordi internazionali e di quelle destinate al finanziamento delle attività

degli istituti di ricovero e cura, delle attività degli istituti di ricerca scientifica e sperimentale e delle iniziative previste da leggi nazionali o dal piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo nazionale e internazionale per ricerche e sperimentazioni attinenti alla gestione dei servizi e alle tecnologie e biotecnologie sanitarie, in misura non inferiore alla relativa spesa storica. Fermo restando quanto previsto dal comma 2, dell'art. 121, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono determinati, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i criteri per il raccordo dell'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con la programmazione regionale, nonché le modalità per il finanziamento delle attività assistenziali;

b) sostituzione dei trasferimenti di cui alla lettera *a)* e di quelli connessi al conferimento di funzioni alle regioni di cui al capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, mediante un aumento dell'aliquota di compartecipazione dell'addizionale regionale all'IRPEF, con riduzione delle aliquote erariali in modo tale da mantenere il gettito complessivo dell'IRPEF inalterato; aumento dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina, la quale non potrà comunque essere superiore a 450 lire al litro; istituzione di una compartecipazione all'IVA, in misura non inferiore al 20 per cento del gettito IVA complessivo. Le assegnazioni alle regioni del gettito delle compartecipazioni, al netto di quanto destinato al fondo perequativo di cui alla lettera *e)*, avvengono con riferimento a dati indicativi delle rispettive basi imponibili regionali;

c) determinazione delle esatte misure delle aliquote di cui alla lettera *b)* in modo tale da assicurare, tenuto conto della regolazione delle quote riversate allo Stato ai sensi dell'art. 26, comma 2, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, la copertura complessiva dei trasferimenti aboliti;

d) previsione di meccanismi perequativi in funzione della capacità fiscale relativa ai principali tributi e compartecipazioni a tributi erariali, nonché della capacità di recupero dell'evasione fiscale e dei fabbisogni sanitari; previsione, inoltre, di un eventuale periodo transitorio, non superiore ad un triennio, nel quale la perequazione possa essere effettuata anche in funzione della spesa storica; ciò al fine di consentire a tutte le regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni e di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle capacità fiscali insufficienti a far conseguire tali condizioni e della esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali;

e) previsione di istituire un fondo perequativo nazionale finanziato attingendo alla compartecipazione all'IVA di cui alla lettera *b)*, ed eventualmente destinando a questa finalizzazione anche quota parte dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina di cui alla medesima lettera *b)*;

f) revisione del sistema dei trasferimenti erariali agli enti locali in funzione delle esigenze di perequazione connesse all'aumento dell'autonomia impositiva e alla capacità fiscale relativa all'ICI e alla compartecipazione all'IRPEF non facoltativa. La perequazione deve basarsi su quote capitarie definite in relazione alle caratteristiche territoriali, demografiche e infrastrutturali, nonché alle situazioni economiche e sociali e può essere effettuata, per un periodo transitorio, anche in funzione dei trasferimenti storici;

g) previsione di un periodo transitorio non superiore al triennio nel quale ciascuna regione è vincolata ad impegnare, per l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, una spesa definita in funzione della quota capitaria stabilita dal piano sanitario nazionale; la rimozione del vincolo è comunque coordinata con l'attivazione del sistema di controllo di cui alla lettera *i)*; gli eventuali risparmi di spesa sanitaria rimangono attribuiti in ogni caso alla regione che li ha ottenuti;

h) estensione dei meccanismi di finanziamento di cui alla lettera *b)* alla copertura degli oneri per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti trasferiti alle regioni, ai sensi del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, ad esito del procedimento di identificazione delle risorse di cui all'art. 7 della predetta legge n. 59 del 1997, tenuto conto dei criteri definiti nelle lettere precedenti, nonché dei criteri previsti dall'art. 48, comma 11, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, in quanto applicabile;

i) previsione di procedure di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata, in base ad appropriati parametri qualitativi e quantitativi, nonché di raccolta delle informazioni a tal fine necessarie, anche condizionando al loro rispetto la misura dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni; razionalizzazione della normativa e delle procedure vigenti in ordine ai fattori generatori della spesa sanitaria, con particolare riguardo alla spesa del personale, al fine di rendere trasparenti le responsabilità delle decisioni di spesa per ciascun livello di governo;

l) previsione di una revisione organica del trattamento e del regime fiscale attualmente vigente per i contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati ad enti o casse, al fine di:

1) riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, come disciplinati dalle disposizioni attuative della legge 30 novembre 1998, n. 419;

2) assicurare la parità di trattamento fiscale tra i fondi diversi da quelli di cui al numero 1);

3) garantire l'invarianza complessiva del gettito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche;

m) coordinamento della disciplina da emanare con quella attualmente vigente in materia per le regioni a statuto speciale, salvo i profili attribuiti alle fonti previste dagli statuti di autonomia;

n) estensione anche alle regioni della possibilità di partecipare alle attività di accertamento dei tributi erariali, in analogia a quanto già previsto per i comuni dall'art. 44 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600;

o) abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito dell'IRAP di cui all'art. 27, commi 1, 2 e 3, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, e conseguente rideterminazione dei trasferimenti erariali alle regioni, alle province e ai comuni in modo da garantire la neutralità finanziaria per i suddetti enti e la copertura degli oneri di cui all'art. 1-*bis* del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 gennaio 1997, n. 5. Ai fini della suddetta rideterminazione si fa riferimento alla compartecipazione all'IRAP per l'anno 1998;

p) previa verifica della compatibilità con la normativa comunitaria, facoltà per le regioni a statuto ordinario di confine di ridurre la misura dell'accisa sulle benzine, nei limiti della quota assegnata alle stesse regioni, anche in maniera differenziata per singoli comuni, in ragione della distanza dal confine nazionale. Previsione di misure di compartecipazione regionale all'eventuale aumento del gettito della quota statale dell'accisa sulle benzine accertato nelle regioni per effetto della prevista riduzione della quota regionale;

q) definizione delle modalità attraverso le quali le regioni e gli enti locali siano coinvolti nella predisposizione dei provvedimenti attuativi della delega di cui al presente comma;

r) previsione, anche in attuazione delle norme vigenti, di misure idonee al conseguimento dei seguenti principi e obiettivi:

1) le misure organiche e strutturali corrispondano alle accresciute esigenze conseguenti ai conferimenti operati con i decreti legislativi attuativi della legge 15 marzo 1997, n. 59;

2) le regioni siano coinvolte nel processo di individuazione di conseguenti trasferimenti erariali da sopprimere e sostituire con il gettito di compartecipazione di tributi erariali e di predisposizione della relativa disciplina».

Nota all'art. 1:

— L'art. 8, del citato decreto legislativo n. 502/1992, e successive modificazioni, è il seguente:

«Art. 8 *(Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali)*. — 1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera *d)*; il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera *f)*; una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera *f)*;

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'art. 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzi i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-*bis*. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei princìpi di cui all'art. 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti princìpi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera *a)* l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera *c)* non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera *b)*, e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e princìpi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;

b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente

della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria» ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera *b)*;

c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;

d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;

e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplodenti, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;

f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;

g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;

h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presìdi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. Abrogato.

6. Abrogato.

7. Abrogato.

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'art. 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

9. Abrogato».

00G0321

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. **272.**

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 48, della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto l'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante norme per la disciplina del rapporto fra il Servizio sanitario nazionale e i medici specialisti pediatri di libera scelta da instaurarsi attraverso apposita convenzione di durata triennale, conforme all'accordo collettivo nazionale stipulato con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Visto l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, che individua la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardante il personale sanitario a rapporto convenzionale;

Visto il provvedimento n. 706 del 18 giugno 1999 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di nomina della delegazione di parte pubblica;

Visto l'articolo 17, comma 1, lettera *d),* della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, così come modificata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati;

Preso atto che è stato stipulato, in data 7 aprile 2000, un accordo collettivo nazionale regolante il trattamento normativo ed economico dei medici specialisti pediatri di libera scelta, sottoscritto in pari data dalla delegazione di parte pubblica e dal sindacato F.I.M.P;

Preso atto che, in data 14 giugno 2000, il sindacato F.N.A.M. - C.I.Pe ha aderito all'accordo medesimo sottoscrivendolo in pari data;

Visto il parere n. 106/1991 del 12 settembre 1991 con il quale il Consiglio di Stato, in adunanza generale, ha precisato che gli accordi collettivi nazionali per il personale sanitario a rapporto convenzionale sono resi esecutivi su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato;

Uditi i pareri del Consiglio di Stato, espressi dalla sezione consultiva per gli atti normativi nelle adunanze del 15 maggio e del 29 maggio 2000;

Considerato che i rilievi espressi dal Consiglio di Stato appaiono superabili, anche alla luce dei provvedimenti di attuazione della delega di cui all'articolo 10, comma 1, secondo periodo, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 luglio 2000;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro della sanità;

E M A N A:

il seguente regolamento:

Art. 1.

1. È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 luglio 2000

CIAMPI

AMATO, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

VERONESI, *Ministro della sanità*

Visto, *il Guardasigilli:* FASSINO
Registrato alla Corte dei conti il 18 settembre 2000
Atti di Governo, registro n. 121, foglio n. 9

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, AI SENSI DELL'ART.8 DEL DECRETO LEGISLATIVO N.502/92, COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N.517/93 E N.229 /99.

DICHIARAZIONE PRELIMINARE

La riorganizzazione del S.S.N., avviata dai decreti legislativi n.502/92 e n.517/93, proseguita con il D. L.vo n.229/99, ha stabilito i ruoli delle Regioni, delle Aziende, dei distretti e delle organizzazioni sindacali, nelle loro diverse articolazioni territoriali anche in relazione all'assistenza rivolta ai minori offerta e garantita dai pediatri di famiglia con lo scopo di migliorare qualitativamente l'assistenza attraverso un ricorso più appropriato alle prestazioni sanitarie.

Il pediatra di famiglia è parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva e opera funzionalmente a livello distrettuale per l'erogazione delle prestazioni demandategli dal Piano sanitario nazionale, come livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme e appropriato a tutti i cittadini, in età pediatrica, dalla programmazione regionale, dal presente Accordo e dagli accordi regionali da stipulare ai sensi dell'art.8, comma 1, del decreto legislativo n.229/99.

La sua valorizzazione e il suo responsabile impegno costituiscono strumenti fondamentali da utilizzare per la realizzazione di obiettivi tesi a coniugare qualità e compatibilità economica secondo il Piano sanitario nazionale 98/2000.

Il presente Accordo regola, oltre che l'assistenza pediatrica in un contesto di continuità e globalità, anche aspetti relativi al coinvolgimento del pediatra nella organizzazione distrettuale ed alla sua partecipazione nelle attività delle Aziende Sanitarie, anche per il perseguimento dei progetti-obiettivo attraverso l'individuazione di idonei livelli di rappresentatività nei momenti programmatori e gestionali riguardanti l'area pediatrica, al fine di pervenire ad una più appropriata definizione dell'intervento sanitario, aperto anche alle sollecitazioni provenienti da settori sempre più ampi di popolazione coinvolti in problematiche emergenti, nei quali la sanità interagisce con altri settori di intervento della pubblica amministrazione.

E' quindi necessario uno strumento che abbia una doppia caratterizzazione, nel senso che da una parte garantisca certezza di tutela sanitaria, dall'altra sia flessibile ed adattabile alle esigenze mutevoli della collettività.

In tale contesto è sottolineato il ruolo delle Regioni, cui vengono affidati, attraverso la possibilità di promuovere e stipulare appositi accordi, ampi ed esclusivi spazi di contrattazione in merito a:

- forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni, processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali, interventi specifici per la popolazione pediatrica da rendere nel contesto familiare o nelle comunità, assistenza sanitaria aggiuntiva e diversamente strutturata, anche in rapporto alla attivazione del Progetto-Obiettivo materno-infantile. A queste possibilità si aggiungono quelle per le procedure di verifica della qualità dell'assistenza, per lo svolgimento dell'attività di ricerca epidemiologica, per l'acquisizione di dati sanitari, per l'attivazione di un sistema informativo integrato tra pediatri e presidi delle Aziende Sanitarie anche attraverso il collegamento tra studi professionali e centri unificati di prenotazione;
- definizione di ulteriori possibilità per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, come indicato dal decreto legislativo n. 229/99, comunque in un contesto collegato con lo specifico servizio, ove già presente a livello territoriale.
- Gli accordi regionali potranno promuovere sperimentazioni diverse da confrontare e misurare in termini di validità assistenziale, in un coerente rapporto tra costi/benefici ed

economicità della spesa. Nell'ambito dei principi ispiratori della più recente e fondamentale produzione giuridica in materia sanitaria, a partire dal riordino del Servizio sanitario nazionale una particolare attenzione è dedicata alla previsione di modalità per concordare livelli di spesa programmati e per responsabilizzare il pediatra al loro rispetto.

In questo momento di profondo cambiamento dell'assetto della area pediatrica e di accentuazione del ruolo delle Regioni in stretta intesa con le organizzazioni sindacali mediche, l'esigenza di realizzare il monitoraggio delle iniziative e la loro valutazione, su tutto il territorio nazionale, è stata soddisfatta con la previsione di un "Osservatorio nazionale" presso il Ministero della sanità nel quale tutti i soggetti coinvolti possano trovare oltrechè un riferimento chiarificatore di problematiche applicative, che saranno certamente presenti per la novità di tanti istituti, anche una sede ove possa svilupparsi il confronto tra i vari soggetti interessati e l'osservazione delle attività.

PREMESSA

1) In base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia, recepita dal Parlamento con la legge 27.05.91 n.176, lo Stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza è un diritto fondamentale ed è uno degli obiettivi specifici proposti dell'O.M.S.
2) Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la pediatria di famiglia i compiti di prevenzione individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.
3) La tutela sanitaria dell'infanzia si attua all'interno dell'Area Pediatrica, definita come complesso di spazi e servizi adattati alle esigenze psico-affettive del bambino e della sua famiglia e come complesso di prestazioni fornite da operatori specificatamente formati e preparati per soddisfare bisogni sanitari specifici.
4) In conseguenza dei punti precedenti, al medico iscritto negli elenchi della pediatria di famiglia - che è parte attiva, qualificante e integrata del S.S.N. , nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia - sono affidati in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di:
   a) assistenza primaria nell'ambito familiare, anche mediante l'impostazione di programmi per un equilibrato sviluppo psico-fisico del bambino assicurando interventi diagnostici, terapeutici ed eventualmente riabilitativi;
   b) assistenza programmata a domicilio, o presso strutture territoriali ivi comprese le collettività al fine di affrontare i problemi sanitari di bambini disabili e di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero , coordinandone l'assistenza domiciliare;
   c) partecipazione al servizio di continuità assistenziale, onde garantire il completamento della assistenza primaria da gestire con pediatri adibiti espressamente alla funzione ovvero in associazione con altri pediatri convenzionati, nonché con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri o con pediatri convenzionati in associazione o in pediatria in/o di gruppo, nonché utilizzando pediatri in graduatoria regionale;
   d) educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, che hanno come obiettivi il controllo della crescita mediante periodici bilanci di salute, la diagnosi precoce e

l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettono l'attuazione della prevenzione secondaria. Al medico pediatra, possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale da espletare nel proprio ambulatorio ovvero, secondo orari predeterminati, anche nell'ambito dei servizi e presidi direttamente gestiti dalla Azienda, come previsto all'art.45;

e) ricerca, sia in campo clinico che epidemiologico, e didattica, sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione; assistenza programmata territoriale nella collettività secondo quanto previsto dagli specifici accordi regionali e/o aziendali;

f) attività assistenziali ricadenti nell'età pediatrica.

5) Il pediatra di famiglia partecipa alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni, alla individuazione e al perseguimento degli obiettivi del distretto e alla elaborazione di linee guida volte anche all'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

6) Le parti individuano, secondo la "Carta dei servizi sanitari", in sede regionale modalità aziendali di rAccordo con i servizi di pubbliche relazioni delle Aziende, allo scopo di migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e i rapporti con i cittadini utenti e le loro organizzazioni.

Capo I - Principi generali

Art. 1- Campo di applicazione

1. I medici specialisti in pediatria , iscritti negli elenchi di cui all'art. 17, comma 4 del presente Accordo, sono parte attiva e qualificante del S.S.N. nel settore preposto alla tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva da 0 a 14 anni, nei suoi momenti di prevenzione, cura riabilitazione e raggiungimento di uno stato di maturità psico- fisica in una visione globale di servizio per il cittadino nel quadro dei piani sanitari nazionali e regionali.
2. La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art.8, comma 1, del decreto legislativo 30.12.92, n.502, come successivamente modificato ed integrato, il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra le Unità sanitarie locali quali Aziende dotate di personalità giuridica pubblica e di seguito nominate Aziende, ed i pediatri di seguito nominati pediatri di famiglia, per l'erogazione in forma diretta dell'assistenza specialistica pediatrica ai minori di cui al comma precedente mediante:

a) assistenza primaria di pediatria;
b) educazione sanitaria ed assistenza preventiva individuale;
c) continuità assistenziale pediatrica sulla base di specifici accordi regionali;
d) attività programmata per i servizi territoriali in un quadro normativo di coinvolgimento complessivo del pediatra di famiglia per la tutela della salute degli assistiti affidatigli mediante la scelta;
e) ricerca e didattica;
f) assistenza programmata territoriale nelle collettività;
g) attività assistenziali ricadenti nell'età pediatrica.

3. La presente Convenzione definisce gli ambiti di contrattazione rimessi alla trattativa regionale e aziendale.

Art. 2 - Graduatorie

I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dal presente Accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale. Le Regioni, d'intesa con le Organizzazioni sindacali più rappresentative a livello regionale, possono, in via sperimentale, adottare procedure che consentano la predisposizione di graduatorie aziendali redatte ai fini dell'attribuzione degli incarichi di cui al presente Accordo.

2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie regionali devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:
   a) iscrizione all'albo professionale;
   b) diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in pediatria o discipline equipollenti.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria annuale i pediatri devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla Sanità della Regione in cui intendono prestare la loro attività, salvo diversa determinazione regionale di cui al comma 1), una domanda conforme allo schema di cui all'allegato A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

4. .Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.

5. Il pediatra che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, nonchè di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria, o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

6. L'amministrazione regionale, salvo diversa determinazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, predispone una graduatoria regionale da valere per un anno, specificando, a fianco di ciascun nominativo il punteggio conseguito e la residenza.

7. La graduatoria è resa pubblica, di norma, entro il 30 aprile sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Amministrazione regionale istanza in carta libera di riesame della loro posizione in graduatoria.

8. La graduatoria regionale, è approvata in via definitiva entro il 30 giugno dall'amministrazione regionale e pubblicata sul BUR.

9. La graduatoria ha valore dal 1° giorno del mese di luglio dell'anno in corso al 30 giugno dell'anno successivo.

ART. 3 - Titoli per la formazione delle graduatorie

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati qui di seguito con l'indicazione del valore attribuito a ciascuno di essi:

I - TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) specializzazioni o libere docenze in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni:
Per ciascuna specializzazione o libera docenza..p. 4,00

b) specializzazioni o libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni:
Per ciascuna specializzazione o libera docenza..p. 2,00

c) specializzazioni o libere docenze in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b):
Per ciascuna specializzazione o libera docenza..p. 0,20

d) tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975............................p. 0,10

e) titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione..p. 0,10

II - TITOLI DI SERVIZIO

a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art.48 della legge n. 833/1978, e dell'art.8 comma 1 D.L.vo 502/92 e successive modificazioni compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (anche per attività sindacale) è valutata:
Per ciascun mese complessivo..........................p. 0,20
(per l'attività sindacale il mese è ragguagliato a 96 ore)

b) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale , in forma attiva:
Per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività..................................p. 0,10
(Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore);

c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:
Per ciascun mese complessivo.........................p. 0,10

d) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:
Per ciascun mese ....p. 0,05

e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n.38, della legge 10 luglio 1960, n.735, e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430:
Per ciascun mese complessivo.........................p. 0,10

f) attività di pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:
Per ciascun mese complessivo.........................p. 0,10

g) astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'area della pediatria di base ....p. 0,20

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio le frazioni di mese superiori a 15 giorni sono valutate come mese intero.
3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.
4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione, e, infine, la minore età.
5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

ART. 4 - Incompatibilità

1. Lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991, n. 412, è incompatibile qualora il pediatra:
   a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, ad eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.1993, n. 296;
   b) eserciti attività che possano configurare conflitti di interesse con il rapporto di lavoro con il S.S.N. o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitano attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;
   c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale per branche diverse dalla pediatria;
   d) sia iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria, convenzionati ai sensi dell'art.8, comma 1, D.leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni
   e) svolga funzioni fiscali per conto delle Aziende o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale nel quale può acquisire scelte;
   f) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
   g) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o che abbiano rapporti contrattuali con Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies D. L.vo 502/92 e successive modificazioni;
   h) goda del trattamento di quiescenza a qualsiasi titolo. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che sono in tale condizione alla data di pubblicazione del presente Accordo, e dei pediatri previsti al comma 6 dell'art. 23.

2. Il pediatra che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D. Leg.vo n. 626/94, non può acquisire nuove scelte di familiari in età pediatrica dei dipendenti delle aziende per le quali opera.

3. La presenza accertata e contestata di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente articolo comporta la cessazione del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure previste all'art. 13 del presente Accordo.
4. L'Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi, i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilità anche in corrispondenza della comunicazione del medico di cui all'art 7, commi 1 e 2, del presente Accordo.
5. L'accertata situazione di incompatibilità deve essere contestata al medico titolare di incarico non oltre trenta giorni dal suo rilievo, ai sensi di quanto disposto dal successivo articolo 13.
6. L'eventuale situazione di incompatibilità a carico del pediatra incluso nella graduatoria regionale di cui all'art.2, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente o incarico vacante.

Art. 5 - Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale.

1. Il medico deve essere sospeso dagli incarichi della pediatria di famiglia:
   a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 13;
   b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art.9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
   c) per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
   d) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 8 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, che abbiano durata complessiva superiore a 30 giorni consecutivi per un periodo massimo di 180gg.;
   e) in caso di emissione, da parte della Autorità Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della libertà personale, quali arresti domiciliari, custodia cautelare in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attività convenzionale o nel territorio dell'Azienda, che impediscano il corretto svolgimento dell'attività convenzionata di studio e domiciliare;
   f) per partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale.

2. Il medico è sospeso dalle attività di pediatria di libera scelta:

a) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del pediatra di incarico di Direttore di Distretto, o di altri incarichi organizzativi nel distretto a tempo pieno, ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso;
b) in caso di malattia o infortunio per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
c) in corso di gravidanza e puerperio per tutto il periodo di astensione obbligatoria previsto dalla legge.

3. Il pediatra ha diritto ad usufruire di sospensione parziale dell'attività convenzionale, con sua sostituzione part-time e per periodi anche superiori a sei mesi, comunque non superiori a tre anni nell'arco di cinque, per:
a) allattamento;
b) adozione di minore;
c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
d) assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento;
e) per gravi e documentate situazioni familiari valutate dall'Azienda.

4. Nei casi di cui ai precedenti comma 2 e 3 la sospensione dell'attività di pediatria di libera scelta non comporta la sospensione del rapporto convenzionale né soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini della anzianità di servizio.

5. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale di cui ai commi 1 e 2 lettera a) non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del S.S.N.

6. I rapporti economici tra medico sostituito e sostituto, nei casi di cui al comma 3, sono regolati secondo l'Allegato F del presente Accordo proporzionalmente alla parte temporale di attività del medico sostituto.

7. Nei casi previsti dal comma 1 il pediatra deve essere sostituito da un pediatra nominato dalla Azienda ai sensi dell'art. 21.

8. Nei casi previsti dai precedenti commi 2 e 3 il pediatra deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 21.

9. Il pediatra sospeso dall'incarico ai sensi del precedente comma 1 lettera e) conserva, fino a sentenza di primo grado, il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/2 dell'ultima mensilità maturata prima del provvedimento di sospensione.

10. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del precedente comma 9, dalla data di condanna di primo grado a quella di secondo grado, conserva il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/3 dell'ultima mensilità relativa alla quota fissa del compenso percepita prima del provvedimento di sospensione relativo al provvedimento in atto.

11. I compensi di cui ai precedenti commi 9 e 10 sono erogati fatta salva l'azione di rivalsa in caso di condanna passata in giudicato e di conferma della sospensione dall'incarico.

12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.

13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del medico, anche di Aziende diverse.

14. Fatte salve le sospensioni d'ufficio del rapporto o dell'attività convenzionale e quelle dovute a malattia, infortunio o a cause non prevedibili, la comunicazione da parte del medico della sospensione deve essere effettuata con un preavviso minimo di 15 giorni.

Art. 6 - Cessazione del rapporto convenzionale.

1. Il rapporto tra le Aziende e i pediatri di libera scelta cessa:
   a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, che è facoltà del pediatra convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del decreto legislativo 30/12/92, n. 503;
   b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 13;
   c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso;
   d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 4;
   e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 20;
   f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei Medici competente per territorio.

2. L'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente Accordo e dagli accordi regionali e aziendali retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso, e l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo, contestati secondo le procedure previste dall'articolo 13, comporta il venir meno del rapporto col Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. c, del decreto legislativo n. 502/92, e successive modificazioni.

3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei pediatri di libera scelta non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n° 100 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento è adottato dalla competente azienda, sentito l'interessato e il comitato aziendale di cui all'art. 11.

4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2 nonché, nel caso di cui al punto e) del comma 1, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione.

5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale dell'Azienda con apposita deliberazione.

Art. 7 - Comunicazioni del medico alla Azienda

1. Il pediatra è tenuto a comunicare sollecitamente alla Azienda competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui all'art. 2, o con la dichiarazione di cui al comma successivo, nonchè l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4 al fine di regolarizzare la propria posizione individuale.
2. In ogni caso la Azienda competente o la Regione può richiedere annualmente al medico una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici (v. allegato "I"). Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non è tenuto a inviare la richiesta dichiarazione, salvo quella richiesta per la prima volta dopo la pubblicazione dell'Accordo nazionale.
3. Salve modalità diverse concordate a livello regionale, in caso di astensione dall'attività assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, proclamate dalle OOSS mediche rappresentative della pediatria convenzionata, il pediatra convenzionato è tenuto a comunicare alla Azienda l'eventuale non adesione all'agitazione prima delle 24 ore precedenti l'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma.

4. Tale comunicazione non è dovuta, da parte dei pediatri iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:
a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente ACN;
b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

5. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

6. La trattenuta dei compensi di cui al comma 5 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

7. Il pediatra iscritto ad un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 3.

Art. 8 - Formazione continua

1. La formazione continua del pediatra di libera scelta comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente come definite dall'art.16-bis, commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni.

2. L'aggiornamento professionale, come definito dall'articolo su citato, è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione in pediatria, diretta ad adeguare per tutta l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali.

3. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze ed abilità cliniche , tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

4. Il pediatra di libera scelta partecipa alle iniziative formative coordinate, programmate e organizzate dalle Regioni, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla "Commissione Nazionale per la Formazione Continua" , degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale definiti dalle Regioni stesse, secondo quanto stabilito dall'art. 16-ter del su richiamato decreto legislativo.

5. Al pediatra di libera scelta sono assegnati crediti formativi secondo i criteri definiti dalla "Commissione Nazionale per la Formazione Continua" e dalle norme vigenti.

6. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 1, del suddetto decreto legislativo, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di pediatria di libera scelta ai sensi del presente Accordo.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo già citato, qualora nella Regione di residenza siano attivate le attività formative previste, al pediatra di libera scelta che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.

8. Il medico è tenuto a frequentare obbligatoriamente le attività formative destinate a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 13 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

9. Ai sensi dell'art. 16-ter, comma 3, del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni le Regioni:

a) prevedono appropriate forme di partecipazione degli ordini professionali;
b) sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua;
c) concorrono alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale indicati dal comma 2 dell'articolo già citato;
d) elaborano gli obiettivi di specifico interesse regionale e accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale.

10. Le Aziende provvedono alla attuazione ed organizzazione delle attività formative prevedendo:
a) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni dei pediatri;
c) lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento attivo;
d) la partecipazione a medi e piccoli gruppi anche integrati da altre figure professionali;
d) appropriate modalità per la valutazione della qualità dei corsi;
e) idonee modalità per la valutazione formativa dei partecipanti.

11. I temi della formazione obbligatoria saranno scelti, nel rispetto delle indicazioni della "Commissione Nazionale per la Formazione", in modo da rispondere:
a) ai bisogni organizzativi del servizio (programmi obiettivo), azioni programmate, qualità e quantità delle prestazioni, patologie emergenti, ecc.;
b) ai bisogni professionali dei pediatri (evoluzione delle conoscenze scientifiche);
c) ai bisogni emergenti dalla attuazione degli accordi regionali di cui al capo II.

12. Le attività formative, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, tenendo conto delle indicazioni della Commissione Nazionale per la Formazione continua, si svolgono di norma il sabato mattina per almeno 10 sabati per almeno 40 ore annue; al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi. L'Azienda adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità assistenziale durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti convenzionati per l'assistenza primaria di pediatria hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico dell'Azienda.

13. Le Aziende al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alle materie del corso frequentato, in cui si quantifica il credito didattico.
In base ad eventuali accordi tra Ordine dei Medici, OO.SS. maggiormente rappresentative e Università degli studi, potranno essere attuate esperienze di didattica tutoriale per specializzandi che coinvolgano pediatri di libera scelta disponibili e in possesso dei requisiti.

14. Con accordi a livello regionale tra la Regione e Sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale, sentiti gli Ordini dei Medici le Regioni assumono iniziative per:
a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta;
b) determinare il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di tutor di pediatria

c) definire la creazione di un elenco regionale di Animatori di Formazione, da individuarsi tra i medici inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo specifico;
d) definire i criteri per la individuazione dei tutor di pediatria di libera scelta da inserire in apposito elenco;
e) le modalità ed i criteri per la specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle attività dei tutor , anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 16 del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni. Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

16. A cura della Regione gli animatori di formazione sono iscritti in apposito elenco tenuto dall'Assessorato regionale alla sanità.

17. Le attività formative di cui ai commi precedenti sono a carico del SSN. Le Regioni stabiliscono annualmente le risorse finanziarie destinate alla formazione continua.

18. Il pediatra di libera scelta, previa comunicazione alla Azienda e salvi rimanendo gli obblighi relativi alla partecipazione alle iniziative di formazione continua previste dalle disposizioni degli articoli 16, 16-bis, 16-ter, 16-quater del Decreto Legislativo 502/92, come successivamente modificato, e integrato , ha la facoltà di partecipare a proprie spese a corsi non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati dalla commissione di cui all'art. 16-ter del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, limitatamente alla quota parte corrispondente ai bisogni professionali dei pediatri e cioè fino alla concorrenza della metà del tempo o dei crediti previsti per l'aggiornamento.

ART.9 _ Diritti sindacali

1. Ai membri di parte medica convenzionati per la pediatria di libera scelta, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente Accordo e da normative nazionali o regionali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli accordi regionali e le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

2. Tale onere è a carico delle Aziende di iscrizione del medico.

3. I rappresentanti dei sindacati medici di categoria a carattere nazionale, regionale e provinciale, i pediatri nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i pediatri eletti al Parlamento o ai Consigli regionali, provinciali e comunali possono avvalersi, con oneri a loro carico, della collaborazione professionale di medici con compenso orario.

4. A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento di compiti Sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di 6 ore annue per iscritto.

5. Il numero dei pediatri di libera scelta iscritti è rilevato a livello regionale sulla base del numero dei medici a carico dei quali – per ciascun sindacato – viene effettuata, a cura delle Aziende, la trattenuta della quota sindacale al 1° gennaio di ogni anno.

6. La Segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno alle Regioni interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno. La Segreteria nazionale di ogni sindacato interessato può disporre, nel modo ritenuto più opportuno, del monte ore complessivo a livello nazionale, dandone apposita comunicazione alle Regioni interessate.

7. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del presente articolato comunica alla propria Azienda l'avvenuta sostituzione e il relativo numero di ore. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al medico interessato, sulla base del compenso orario riconosciuto ai medici di continuità assistenziale con anzianità di otto anni e aumentata del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente. Tale attività non si configura come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso è liquidato, a seconda del sistema di pagamento localmente adottato, direttamente, dalla Regione oppure dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

Art. 10 - Rappresentatività sindacale.

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentatività", ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e, sottolineata la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni ed Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.

2. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai pediatri convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale, accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno ed è trasmessa, entro il mese di febbraio, mediante comunicazione delle stesse Aziende, per tramite dell'Assessorato Regionale alla Sanità di appartenenza, al Ministero della Sanità - Servizio Rapporti Convenzionali con il Servizio Sanitario Nazionale ed alle Segreterie Nazionali delle OO.SS..

3. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale.

4. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.

5. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.

6. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali l'elenco dei medici ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.

7. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in conto corrente intestato ai tesorieri dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

8. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.

9. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 5 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi regionali.

10. Gli accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 5 a livello regionale. Da tale requisito si prescinde per le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo purché in possesso del requisito di rappresentatività di cui al comma 5 a livello aziendale.

11. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 5 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è unico e partecipa alle trattative e alla stipula degli accordi come unica organizzazione sindacale.

ART.11 - Comitato di azienda

1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione previo parere favorevole delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, è costituito un Comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, a norma dell'art. 10. Il Direttore Generale o suo delegato provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni tre mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2. Il Comitato aziendale esprime pareri obbligatori su:
   a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 23;
   b) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 25, comma 2;
   c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 6, lettera e);
   d) deroghe di cui all'art. 19, comma 3, all'obbligo di residenza;
   e) variazione degli ambiti di scelta;
   f) individuazione delle zone disagiate;
   g) ogni altro parere previsto dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali;
   h) valutazione delle richieste di scelta in deroga di cui all'art.24, comma 9.

3. Inoltre il Comitato aziendale è preposto alla definizione degli accordi aziendali e ad ogni altro incarico attribuitogli dal presente Accordo o da accordi regionali o aziendali.

4. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato aziendale.

ART.12 - Comitato regionale

1. In ciascuna regione è istituito un Comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 10. L'Assessore regionale o suo delegato provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni tre mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2. Il Comitato permanente è preposto:
   a) alla definizione degli accordi regionali;
   b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente Accordo e degli accordi regionali;
   c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
   d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da pediatri di libera scelta, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.

3. L'attività del Comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'Accordo nazionale e degli accordi regionali ed è sede di osservazione degli accordi aziendali.

4. La regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.

ART. 13 - Responsabilità' convenzionali e violazioni collegio arbitrale

1. I pediatri di libera scelta sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli accordi regionali e aziendali.
Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda.

2. Le violazioni danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni:
a) richiamo verbale, per lievi infrazioni comprese quelle occasionali relative alle norme sulla prescrizione e sulla proposta;
b) richiamo con diffida per la ripetizione di lievi infrazioni e per infrazioni di una certa gravità;
c) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi per infrazioni di media gravità o per reiterate (oltre la seconda) applicazioni della sanzione di cui alla precedente lettera b);
d) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 6 giorni e non superiore a sei mesi, in particolare per:
- gravi infrazioni anche finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;
- omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, limitazioni di massimale o benefici economici;
- recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;

e) revoca per infrazioni particolarmente gravi compresa quella di cui all'art. 6, comma 2, o per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

3. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza, e lo sente a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 15 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito.

4. Il Direttore generale, valutate le controdeduzioni addotte dal medico in sede di difesa, procede, entro 30 giorni, all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione. Qualora siano trascorsi inutilmente i 15 giorni dalla convocazione per la difesa o entro tale termine non sia stata ricevuta alcuna controdeduzione, il Direttore generale dà corso alla irrogazione della sanzione e alla sua notifica all'interessato entro 10 giorni.

5. Il medico, ricevuta la notifica della sanzione, può impugnarla nei confronti del Direttore generale della Azienda entro 30 giorni dal ricevimento, anche a mezzo di procuratore, chiedendo che la controversia sia sottoposta al giudizio del collegio arbitrale.

6. Il collegio è composto da tre arbitri:
- uno, con funzioni di Presidente, individuato nel Presidente dell'Ordine dei Medici della provincia capoluogo di Regione o suo delegato. Nel caso in cui il medico, sottoposto a procedimento, sia iscritto all'Ordine con sede nel capoluogo di Regione il Presidente

designato delega, con atto formale, un Presidente dell'Ordine dei Medici di altra Provincia della Regione;

- uno,. nominato dal medico;
- uno, nominato dal Direttore generale della azienda.
- Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dell'azienda sanitaria locale di riferimento.

7. Ricevuta l'impugnazione con la richiesta di devolvere al collegio arbitrale la decisione sulla controversia, il Direttore generale della azienda entro 10 giorni:
   - sospende l'applicazione della sanzione;
   - individua il membro di nomina aziendale ed acquisisce l'atto di accettazione dell'incarico;
   - richiede al Presidente dell'Ordine del capoluogo di Regione il nominativo del Presidente del collegio.

Il Presidente dell'ordine deve rispondere entro 10 giorni.

Ricevuta la comunicazione del nominativo del presidente, il Direttore generale dell'azienda costituisce, entro 10 giorni, il collegio arbitrale, dispone la notifica della deliberazione ai membri del collegio e al medico interessato e la trasmissione di tutti gli atti riguardanti il caso al presidente. Questi convoca entro 8 giorni dal ricevimento della notifica, con allegati gli atti, il collegio arbitrale.

Le parti hanno diritto di:

- essere ascoltate dal Collegio arbitrale;
- presentare al collegio ulteriori documenti e memorie inerenti il caso.

8. Il Collegio, udite le parti se ne hanno fatta richiesta, e acquisita l'eventuale documentazione dalle stesse prodotta, emette il lodo entro 7 giorni dalla seduta e ne dà comunicazione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento alle parti interessate.
9. L'Azienda, ricevuto il lodo del Collegio, si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

10. I termini previsti dal presente articolo sono perentori.

11. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale lodo, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato.

12. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 2, lett. d), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto, fatta salva la corresponsione al medico sostituito secondo quanto disposto dall'allegato F).

13. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi due anni dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro commissione.
14. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

Art.14 – Osservatorio consultivo permanente

1. Con Decreto del Ministro della Sanità è istituito, entro tre mesi dalla data di pubblicazione del presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale, nell'ambito del Servizio rapporti convenzionali con il S.S.N., un Osservatorio consultivo permanente che ha il compito di:
- rilevare ed esaminare le eventuali questioni interpretative ed applicative derivanti dall'applicazione dell'Accordo nazionale e degli Accordi Regionali, anche attraverso il monitoraggio delle deliberazioni dei Comitati Consultivi Regionali;
- analizzare il rapporto di conformità degli accordi regionali con quello nazionale;
- monitorare raccordandosi, ove necessario, con le strutture organizzative del Ministero della Sanità e con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, i risultati raggiunti dagli Accordi regionali per favorirne l'attuazione su tutto il territorio nazionale ai fini di migliorare l'assetto funzionale della pediatria di libera scelta, nonché le problematiche relative alla formazione;
- curare la fornitura dei dati nazionali richiesti dalle commissioni professionali regionali e di Azienda;
- promuovere e supportare con il coinvolgimento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, l'avvio delle trattative e la relativa conclusione, degli Accordi decentrati regionali previsti dal presente Accordo.

2. L'Osservatorio esamina altresì i problemi scaturenti da provvedimenti legislativi e da pronunce della magistratura che incidano direttamente nella disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'Accordo.

3. L'Osservatorio ha sede presso il Ministero della Sanità – Servizio per i rapporti convenzionali con il SSN – ed è composto:
- dal Dirigente Generale del Servizio rapporti convenzionali con il SSN con funzioni di Presidente, o da un suo delegato;
- da 4 membri designati dagli Assessori regionali alla Sanità componenti la delegazione di parte pubblica, dei quali uno è il capo della delegazione regionale trattante la stipula della convenzione o suo delegato;
- da 5 rappresentanti dei pediatri di libera scelta, indicati dai sindacati maggiormente rappresentativi individuati sulla base della rappresentatività di cui al comma 2 dell'art. 10, con criterio di proporzionalità tra essi.

4. Le funzioni di segretario dell'Osservatorio sono svolte da un funzionario amministrativo ministeriale.

5. L'Osservatorio si riunisce di norma all'inizio di ogni trimestre su convocazione del Presidente o a seguito di richiesta motivata inoltrata da una delle parti firmatarie dell'Accordo.

6. Di ogni riunione sarà redatto apposito verbale che verrà trasmesso ad ogni buon fine a tutte le parti firmatarie ed a tutte le Regioni e Province Autonome per gli eventuali incombenti di rispettiva competenza.

7. La partecipazione alle riunioni dei componenti l'Osservatorio non comporta oneri economici ad alcun titolo a carico del Ministero della Sanità.

8. Ai lavori possono essere invitati esperti o altri rappresentanti delle parti firmatarie in relazione agli argomenti trattati.

9. Le Regioni inviano all'Osservatorio copia degli accordi regionali stipulati nelle materie di cui al presente Accordo.

10. Ai pediatri di libera scelta che partecipano alle riunioni dell'Osservatorio Consultivo Permanente è riconosciuto il rimborso di cui al comma 1 dell'articolo 9 del presente Accordo e con le modalità dallo stesso previste.

Art. 14 bis - Programmazione e monitoraggio delle attivita'

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda, il "Programma delle attività territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:

a) le attività di Pediatria di famiglia previste dal decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies e dal piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R. del 23/7/98 ed il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;
b) altre attività territoriali pertinenti la pediatria di famiglia e attività intersettoriali, cui partecipa la pediatria di famiglia, definite dagli Accordi Regionali ed Aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. Le attività territoriali riguardanti la pediatria di famiglia di cui alla lettera b) del comma 1, sono in particolare :

a) attività di formazione, informazione e revisione fra pari dei pediatri di famiglia;
b) prestazioni aggiuntive dei pediatri di famiglia, comprese quelle informatiche di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;
c) servizi di supporto alla attività dei pediatri di famiglia, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;
e) progetti obiettivo nazionali, regionali ed aziendali;
f) progetti a livello di spesa programmata;
g) sviluppo delle forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;
h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei pediatri di famiglia.
i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici ed assistenziali;
j) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;
k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;
l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:

a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la pediatria di famiglia non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi regionali ed aziendali;
b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai pediatri di famiglia;
c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la pediatria di famiglia;
d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del pediatra nella Azienda stessa o in altra Azienda.

4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersettorialità del "Programma delle attività territoriali", il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la pediatria di famiglia, da un pediatra di famiglia membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da un rappresentante dei pediatri di famiglia, eletti tra quelli operanti nel distretto.

5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:
a) l'andamento, per la parte concernente la pediatria di famiglia e indicata ai commi 2 e 3, dell'attuazione del "Programma delle attività territoriali" relativamente agli interventi assistenziali rivolti all'infanzia, all'adolescenza e alle famiglie dei minori e della gestione delle relative risorse;
b) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra pediatria di famiglia e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note della Commissione Unica del Farmaco (CUF), anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell' art. 50.

7. Le Aziende assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

ART. 14 ter - Equipes territoriali

1. In attesa che le Regioni disciplinino il distretto e la sua organizzazione secondo le prescrizioni ed i principi degli articoli 3-quater e 3-quinquies del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato, le Regioni stesse e le Aziende possono prevedere in via sperimentale la istituzione di équipe territoriali, finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, secondo gli indirizzi dei successivi commi.

2 Come previsto dall'art. 3 quater del d.l.vo 502/92, come successivamente modificato, in sede distrettuale viene predisposto "Il programma delle attività territoriali" collegate agli obiettivi di salute individuati dalla programmazione nazionale e regionale al fine di garantire le attività di cui al comma 2, lettera c, dell'art.3 quinquies del d. l.vo citato. Il programma delle attività distrettuali si caratterizza per l'intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse figure professionali, le strutture operative distrettuali e i pediatri di famiglia che sono coinvolti nel progetto.
Al fine di assicurare l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della équipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo già citato:

a) l'assistenza primaria di pediatria;
b) l'assistenza primaria di medicina generale, compresa la continuità assistenziale;
c) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
d) la medicina dei servizi.

All'interno dell'équipe distrettuale concorrono con la pediatria di famiglia all'elaborazione e alla realizzazione del "Programma delle attività territoriali" per gli aspetti assistenziali rivolti all'infanzia, all'adolescenza e alle famiglie dei minori, le figure professionali che svolgono la loro attività nel campo dell'assistenza pediatrica ("area pediatrica distrettuale").

3. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale, intesa come organismo operativo, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operatività della stessa per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività territoriali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali ed aziendali. Assume particolare rilevanza l'integrazione funzionale tra attività distrettuale e attività dipartimentali afferenti l'area Materno-Infantile.

4. L'équipe territoriale è:

a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;
b) momento organizzativo della pediatria di famiglia e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale compresi quelli rivolti all'infanzia e all'adolescenza.

4. In ambito pediatrico l'intervento coordinato ed integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento

sia nelle attività dirette alla:

a) tutela della salute dell'infanzia, della madre e della famiglia;
b) tutela del bambino affetto da patologia cronica e/o malformazioni;
e) tutèla del bambino con disabilità fisica e/o psicomotoria;
f) infezioni da HIV e patologie in fase terminale;

sia nelle prestazioni socio-sanitarie quali quelle per la:

a) tutela del bambino con disagio socio familiare e adolescenziale (bambino negletto, battuto, abusato, dipendenza da droga, alcool e farmaci, ecc.);
b) tutela del bambino immigrato.

5. L'attività interdisciplinare ed integrata dell'équipe territoriale si realizza attraverso la predisposizione di un piano di attività concordato con gli operatori dell'area pediatrica distrettuale che risponda ai seguenti requisiti :
a) sia finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali ed appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali sperimentali concordati a livello regionale e/o aziendale.
b) sia proposto dal Direttore del distretto o dagli operatori dell'area pediatrica distrettuale interessati;
c) sia concordato tra gli operatori dell'area pediatrica distrettuale interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
d) indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
e) la possibilità di operare modifiche concordate durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti;
f) operi in sinergia con il Dipartimento Materno-Infantile o con analoghe strutture dipartimentali intra od extra distrettuali dell'area pediatrica.

ART. 14 Quater - Appropriatezza e uso risorse

1. Il pediatra di libera scelta concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:
   a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000;
   b) perseguire la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili;
   c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del pediatra di libera scelta si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n.323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n.425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si osservano le procedure ed i principi di cui ai successivi commi.

4. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del pediatra di libera scelta ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso al Direttore del distretto, al pediatra membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, ad altri due pediatri, individuati secondo modalità stabilite dalle Regioni, al responsabile del servizio farmaceutico, o suo delegato, e ad un medico individuato dal Direttore sanitario della Azienda.

5. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
   a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
   b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

6. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

   a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
   b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;
   c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota CUF, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota CUF o di altra legittima norma.

ART. 14 Quinquies - Struttura del compenso

1. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera d), del D.L.vo 502/92 come successivamente modificato, la struttura del compenso del pediatra di libera scelta si articola:

a. quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dal presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente Accordo;

b. una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f) dell'art. 8, comma 1 del decreto legislativo sopra richiamato;

c. una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste nel presente Accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) succitata.

2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei principi generali di cui al presente articolo, dal successivo art. 41 per quanto di competenza, dagli accordi regionali ed aziendali.

ART.15 - Esercizio del diritto di sciopero prestazioni indispensabili e loro modalità' di erogazione.

1. Nel campo dell'assistenza di pediatria di libera scelta sono considerate prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/1990, art.2, comma 2, e fatte salve diverse e successive disposizioni legislative, le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari, e l'assistenza programmata ai malati terminali.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, in caso di sciopero della categoria dei pediatri di libera scelta, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui al successivo comma 7.

3. Il diritto di sciopero dei pediatri di libera scelta è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

4. I pediatri di libera scelta che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono violazione da valutare ai sensi dell'art.13.

5. Le OO.SS. si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

   - nel mese di agosto;

   - nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono ogni tipo di consultazione elettorale e/o referendarie;

   - nei giorni dal 23 dicembre al 9 gennaio compresi;

   - nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6 In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

7 Gli accordi regionali definiscono le modalità e l'entità dei compensi da corrispondere ai pediatri che garantiscano le prestazioni indispensabili.

ART.16 - Durata dell'accordo

1. Il presente Accordo ha durata triennale e scade il 31 dicembre 2000.

11. In caso di modifiche di ambito territoriale il pediatra conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, fatti salvo il rispetto del massimale e il diritto di scelta degli assistiti.

12. Ai fini della determinazione dei pediatri iscrivibili nell'elenco, l'Azienda scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 9) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del pediatra in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

13. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

14. Nell'ambito degli accordi regionali stipulati con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale, possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai pediatri già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale.

ART.17 - Rapporto ottimale

1. La libera scelta del pediatra avviene, ai sensi dell'art.19, comma 2, della legge n.833/78, così come anche previsto dall'art. 8, comma 1, d. l.vo 229/99, nei limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria.

2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria pediatrica è organizzata in via prioritaria per ambiti comunali, ai sensi dell'art.25 della legge n.833/78.

3. Le Regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altre determinazioni regionali, possono articolare gli ambiti di scelta per distretti, comuni o gruppi di comuni.

4. Ciascuna Azienda, cura la tenuta degli elenchi dei pediatri convenzionati per l'erogazione dell'assistenza primaria.

5. In ogni ambito deve essere garantito di norma l'inserimento di almeno due pediatri.

6. Il pediatra operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che deve essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte su tutto il territorio comunale.

7. Per ciascun comune o altro ambito, definito ai sensi del comma 3, deve essere iscritto un pediatra per ogni 600 residenti, o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell'ambito. Le Regioni possono definire, nell'ambito degli accordi regionali da stipularsi entro 60 giorni dalla data di prima convocazione delle OO.SS., una disciplina diversa che consenta la piena attuazione del diritto all'assistenza pediatrica e la libera scelta dell'assistito nell'elenco dei pediatri, prevedendo l'inserimento graduale di nuovi pediatri convenzionati sul territorio.

8. Qualora l'Accordo di cui al comma precedente non venga raggiunto entro il suddetto termine, per obiettive difficoltà, le Regioni provvedono a disciplinare l'inserimento comunque graduale di nuovi pediatri convenzionati previo confronto con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale.

9. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato C.

10. Fatte salve diverse determinazioni regionali da assumersi previo Accordo con le OO.SS maggiormente rappresentative, in tutti i comuni dell'ambito di scelta e nelle zone con almeno 300 assistiti di età compresa tra 0 e 6 anni dichiarate carenti di assistenza deve esser comunque assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente del pediatra neo-inserito.

ART. 18 - Copertura delle zone carenti di assistenza primaria.

1. Nei mesi di marzo e di settembre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco delle zone carenti di pediatri convenzionati per l'assistenza primaria individuate nel corso del semestre precedente dalle singole Aziende sentito il Comitato ex art. 11, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo.

2. In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'Azienda indica il comune o la zona in cui deve essere assicurato un congruo orario di assistenza.

3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi nelle zone carenti:

a) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno 4 anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento una sola volta nel corso dell'anno solare.

b) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

4. I pediatri interessati, entro 30 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano separate domande alle Aziende competenti.

5. Al fine del conferimento degli incarichi nelle località carenti i pediatri di cui alla lettera b) del comma 3 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

   - attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art.2;
   - attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;

- attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza di cui al precedente comma 4, salvo accordi regionali;
- nelle graduatorie per l'assegnazione delle zone carenti dovrà essere indicato, oltre al punteggio raggiunto dal singolo medico, anche la zona carente per la quale era stata inoltrata la domanda di assegnazione.

6. Le Regioni o i soggetti da questa individuati, mediante raccomandata AR, telegramma o altro mezzo ritenuto idoneo, interpellano prioritariamente i pediatri di cui alla lettera a) del comma 3 in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati per l'assistenza primaria; laddove risulti necessario, interpellano successivamente i pediatri di cui alla lettera b), dello stesso comma 3 in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui del comma 5.

7. La regione può adottare, sentito il Comitato ex art.12, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

8. E' cancellato dalla graduatoria regionale il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art.19, comma 1.

9. Il pediatra che, avendo concorso all'assegnazione di una zona carente avvalendosi della procedura di trasferimento, accetta l'incarico ai sensi dell'art.19, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza. Le Regioni possono adottare procedure tese ad evitare disagi ai cittadini assistiti dal medico trasferito.

10. I titoli ed i requisiti di cui ai precedenti commi, per la partecipazione al conferimento delle zone carenti, devono essere posseduti all'atto della dovuta pubblicazione delle zone carenti stesse, così come previsto dal comma 5.

11. La Regione o soggetto incaricato che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 3, lett. a) ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Regione di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal successivo comma 12;

12. Il pediatra che avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 3, lett. a), accetta l'incarico, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

ART. 19 - Instaurazione del rapporto convenzionale

1. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato, condizionato al possesso dei requisiti di cui all'art. 20, con provvedimento del Direttore Generale, che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, ricevimento che costituisce termine da cui decorrono gli effetti giuridici di cui al successivo comma 2. Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, comunicare la sua accettazione entro il termine di sette giorni.
2. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 1), il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al successivo comma 8, deve:
   - aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 20, comma 2, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 20 e darne comunicazione alla Azienda;
   - fatta salva diversa determinazione regionale, richiedere il trasferimento della residenza o del domicilio nell'ambito assegnatogli, se risiede in altro Comune;
   - iscriversi all'Albo Professionale della provincia in cui gravita l'ambito carente assegnatogli, se è iscritto in altra provincia. In tal caso è sufficiente documentare la presentazione della domanda di trasferimento dall'Ordine di provenienza.

3. Fatta salva diversa determinazione regionale, nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 11 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

4. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire temporanee proroghe al termine di cui al comma 2, entro il limite massimo di ulteriori 60 giorni.

5. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art.20 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

6. L'incarico si intende definitivamente conferito con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 giorni di cui al comma 5, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. E' fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.

7. Il pediatra al quale sia conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco riferito alla zona carente.

8. Al fine di favorire l'inserimento di pediatri nelle località carenti, con particolare riguardo a quelle disagiate, la Azienda può, su richiesta del medico, consentire l'utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile.

9. Al medico è fatto divieto di esercitare l'attività convenzionata ai sensi del presente Accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale di inserimento, escluso il caso di cui all'art.17, comma 10.

10. Nei casi di trasferimento dello studio medico nello stesso ambito di scelta, si applicano le procedure e le modalità di cui al precedente comma 5.

ART.20 Requisiti e apertura degli studi medici

Lo studio del pediatra di famiglia è considerato presidio del SSN e concorre, quale bene strumentale e professionale del pediatra al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziale convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del pediatra di famiglia è uno studio professionale privato che, destinato in parte allo svolgimento di un pubblico servizio, deve possedere i requisiti previsti dai seguenti commi:

1. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, ciascun medico deve avere la disponibilità di uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio deve possedere i requisiti previsti dai commi seguenti.

2. Lo studio del pediatra convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della pediatria, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate e deve comunque essere in regola con le norme nazionali e regionali in materia di igiene e di sicurezza sul lavoro fatte salve le autorizzazioni già concesse.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad attività sanitarie accreditate o non mediche, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.

5. Lo studio professionale dei pediatri iscritti negli elenchi, salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alla necessità degli assistibili iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza.

6. Il suddetto orario con il nominativo del medico, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni al rapporto sopra indicato devono essere adeguatamente motivate ed immediatamente comunicate alla Azienda.

7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

8. La chiusura di un ambulatorio già operante nell'ambito può avvenire solo previa autorizzazione dell'Azienda.

9. L'apertura di un eventuale secondo studio in un comune diverso da quello di iscrizione, purché nello stesso ambito territoriale di scelta, può essere autorizzato dalla Azienda, sentito il parere del Comitato ex art.11, solo in presenza di obiettive ed effettive esigenze assistenziali e nel rispetto del comma 5 del presente articolo per quanto riguarda l'apertura del primo studio. L'Azienda deve dare risposta all'eventuale richiesta entro 60 giorni. Trascorso tale termine senza che l'ASL motivi l'eventuale parere negativo, la richiesta si intende accettata.

ART.21 - Sostituzioni

1. Il pediatra titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi.

2. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede a trasferire al collega le competenze dovute sulla base dei parametri di cui all'allegato F; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione negli elenchi dei convenzionati di cui all'art.2 del presente Accordo.

3. Oltre il 30° giorno consecutivo di sostituzione il sostituto è pagato in funzione della sua fascia di anzianità di specializzazione.

4. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non possa essere effettuata da medico pediatra, sia svolta da un medico sprovvisto di specializzazione, i compensi allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.

5. Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informare la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto tra i pediatri inseriti nella graduatoria di cui all'art.2, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i pediatri residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito.

6. Non è consentito al sostituto durante la sostituzione acquisire scelte del medico sostituito.

7. Tranne che per i motivi di cui all'art.5, comma 1, 2 e 3 del presente Accordo e per mandato parlamentare o equiparato, amministrativo, ordinistico, sindacale, per sostituzione superiore a sei mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art.11 si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa ed esamina il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto.

8. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati.

9 Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del

medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.

10. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo e dagli accordi regionali e aziendali.

11. In caso di decesso del pediatra convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il medico deceduto avesse già nominato un suo sostituto, lo stesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti già in carico al medico deceduto fino all'eventuale copertura della zona carente o comunque per un periodo non superiore ai sessanta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

ART.22 - Incarichi provvisori

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di pediatri in grado di acquisire le scelte disponibili, la Azienda può conferire ad un medico iscritto nella graduatoria regionale vigente, con priorità ai residenti nell'ambito della Azienda USL , un incarico temporaneo, fino ad un massimo di 180 gg. Tale incarico cessa nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi della sua fascia di anzianità.

2. Al pediatra incaricato possono essere attribuite nuove scelte di minori, limitatamente alla durata dell'incarico

ART.23 - Massimale di scelte e sue limitazioni

1. I pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unità. Tale limite può essere superato in conseguenza delle deroghe di cui ai successivi commi 7 e 9, comunque in misura non superiore a 880 unità.

2. I pediatri i quali, non soggetti a limitazioni del massimale, avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 o quelli già titolari di massimale attribuito ai sensi della Convenzione Nazionale Unica del 7 gennaio 1978, stipulata ai sensi dell'art.9 della legge n. 349/1978, conservano in deroga al massimale tale possibilità personale nel limite massimo di 1000 scelte. La quota individuale di cui sopra viene meno nelle ipotesi in cui il pediatra, svolga attività compatibili. L'eventuale cessazione di tale attività non dà titolo al ripristino della quota individuale .

3. Le Aziende possono autorizzare i pediatri ad autolimitare il proprio massimale fino ad un valore minimo pari a 600 scelte. I pediatri interessati devono presentare apposita richiesta all'Azienda prevedendo un periodo minimo di 12 mesi tra la data di presentazione e l'inizio dell'autolimitazione.

4. I pediatri autolimitati che alla data di entrata in vigore del presente Accordo abbiano un massimale di scelte inferiore a 600 devono entro 90 gg., riportarlo al suddetto valore. Fatta salva diversa valutazione dell'Azienda, il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di due anni dalla data di decorrenza dell'autolimitazione.

5. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

6. Ai pediatri che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93,.è consentita la reiscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dal precedente articolo 17.

7. Tenuto conto della peculiarità della normativa convenzionale ed in particolare a favore dei neonati ai sensi del comma 4 dell'art.27, è consentita l'attribuzione di scelte riferite a neonati anche in deroga al massimale individuale.

8. La scelta relativa agli appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica può essere effettuata in favore dello stesso pediatra, anche in deroga al massimale individuale.

9. Le scelte temporanee relative ad assistiti extra-comunitari possono essere riattribuite, alla scadenza , allo stesso pediatra anche in deroga al massimale individuale.

10. In ogni caso, tenuto conto dei particolari problemi relativi all'assistenza pediatrica, il pediatra che abbia raggiunto e superato il proprio massimale o quota individuale può acquisire nuove scelte con la ricusazione contestuale di un pari numero di scelte da scegliere esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.

11. Eventuali deroghe al massimale di cui al comma 1 potranno essere autorizzate, con riferimento a singoli pediatri in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dall'Azienda sentito il Comitato ex art.11.

ART.24 - Scelta del pediatra

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto con il pediatra sono fondati sull'elemento fiducia.

2. La scelta del pediatra di fiducia, da operarsi all'atto del rilascio del documento di iscrizione al Servizio Sanitario, deve avvenire tra i sanitari iscritti nell'elenco riferito all'ambito territoriale in cui è compresa la residenza dell'avente diritto. La scelta va annotata sul documento personale di iscrizione dando specifica evidenza alla qualifica di pediatra.

3.L'Azienda, nei punti di scelta e revoca, per facilitare la scelta del medico da parte dei cittadini, espone un elenco nominativo dei pediatri che possono acquisire scelte indicando a fianco di ciascun nominativo:

- ubicazione dell'ambulatorio con i relativi orari e la parte di orario destinato alle visite su appuntamento;

- eventuale adesione alla pediatria di gruppo o a forme di associazionismo.

4. Il pediatra iscritto negli elenchi può acquisire e conservare scelte relative ad assistiti dalla nascita fino al compimento del quattordicesimo anno di età.
5. Le scelte riguardanti bambini di età fra 0 e 6 anni, devono essere effettuate, entro i limiti del massimale individuale, in favore dei pediatri iscritti negli elenchi di cui all'art.18. L'elenco si intende attivato con l'iscrizione del primo pediatra.
6. Nella ipotesi di ambito territoriale in cui insistano assistiti in età pediatrica in numero non sufficiente a determinare una zona carente, le scelte possono essere attribuite a:
   a) pediatri iscritti nell'elenco dello stesso ambito territoriale o, in subordine, in un ambito limitrofo con le procedure e modalità di cui al comma 7 anche oltre il massimale;
   b) nel caso di indisponibilità dei pediatri o inadeguatezza dei rimedi di cui alla precedente lettera a) le scelte possono essere temporaneamente assegnate al medico iscritto negli elenchi della medicina generale
7. Le scelte di cui al comma 6 vengono iscritte in separato elenco. Qualora venga inserito un pediatra l'Azienda notifica ai rappresentanti legali dei bambini in età di esclusiva inseriti nell'elenco e al medico che li assiste, l'obbligo di effettuare la scelta in favore del pediatra disponibile, assegnando un termine non superiore a 30 giorni per la sua effettuazione. Da tale data le scelte in carico al medico decadono.

8. Con l'inserimento di un nuovo pediatra in un ambito carente non verranno più attribuite scelte al pediatra con deroga del massimale.

9. La Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 11 e acquisita l'accettazione del medico di scelta, può consentire che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui

l'assistito è residente quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

10. La scelta per i residenti ha validità annuale, salva revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.

11. Per i minori non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al pediatra dell'Azienda USL di provenienza del minore. La scelta è espressamente rinnovabile.

ART. 25 - Revoca e recusazione della scelta

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca l'assistito effettua una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito, può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda.
Tale revoca deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art.8, comma 1, lett. b), Dlgs 502/92 e successive modificazioni tra cui assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
Non è consentita la ricusazione quando nel Comune non sia operante altro medico in condizione di acquisire le scelte, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte dell'Azienda.

ART.26 - Revoche di ufficio

1. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistibile ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda U.S.L. è tenuta a comunicare la revoca al medico interessato entro un anno dall'evento fermo restando che gli effetti economici della revoca decorrono dalla data del decesso.
2. In caso di trasferimento di residenza l'Azienda presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta. Le Aziende USL. che aggiornano l'archivio assistibili utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere , nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio. In ambito regionale vengono definiti modi e tempi per la disciplina delle revoche d'ufficio nell'ambito della stessa azienda e tra aziende limitrofe.
3. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di pediatri diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.
4. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio alla data del compimento del quattordicesimo anno di età è comunicata in tempo utile, alla famiglia dell'assistito, che prima di tale data può richiedere il mantenimento della scelta a favore del pediatra, per particolari situazioni valutate dall'Azienda, sentito il Comitato ex art. 11, su richiesta del genitore e ciò fino e non oltre il 16° anno di età. Tali richieste sono soggette all'approvazione del pediatra interessato.

ART. 27 - Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici

1. Ai fini della corresponsione dei compensi, la scelta, la revoca e la ricusazione decorrono dal primo giorno del mese in corso o di quello successivo, a seconda che intervengano nella prima o nella seconda metà del mese.
2. Il rateo mensile è frazionabile in ragione del numero dei giorni in cui è composto il mese al quale il rateo stesso si riferisce quando le variazioni dipendono dal trasferimento del pediatra e da cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.
3. La cessazione per sopraggiunti limiti di età da parte del medico produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.
4. Per i nuovi nati gli effetti economici della prima scelta decorrono dal momento della prima prestazione erogata dal pediatra in regime convenzionale e da questi attestata mediante idonea dichiarazione da consegnare al competente ufficio al momento della effettuazione della prima scelta. In ogni caso la data della decorrenza degli effetti economici non può essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta.

ART. 28 - Elenchi nominativi e variazioni mensili

1. Entro la fine di ciascun semestre le Aziende inviano ai pediatri l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi.
2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli pediatri le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente.
3. Se possibile, i dati di cui ai commi 1 e 2 vengono forniti su supporto magnetico.

ART. 29 - Compiti del pediatra con compenso a quota fissa

1. I compiti del pediatra remunerati con la quota fissa, per assistito, ai sensi dell'art.8 del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni, sono rivolti alla tutela globale del bambino.

2.L'attività del pediatra di famiglia viene espletata durante l'arco temporale non rientrante nella competenza dei servizi preposti alla continuità assistenziale di cui all'art.43, e comprende i seguenti compiti remunerati a quota fissa:

a) la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita del bambino, con il supporto attivo delle unità ospedaliere e distrettuali per una tempestiva scelta del pediatra, fatti salvi specifici progetti di dimissione precoce e/o protetta;
b) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo, diagnostico e terapeutico di cui all'art.31, ivi comprese le prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche;
c) il consulto con lo specialista, di cui all'art. 32, in sede ambulatoriale o domiciliare;
d) l'accesso presso gli ambienti di ricovero, ai sensi dell'art.33, in fase di accettazione, di degenza o dimissione del proprio paziente, in quanto atti che attengono alla professionalità del pediatra di fiducia;

e) le certificazioni ai fini della ammissione agli asili nido e della riammissione alla scuola materna, alla scuola dell'obbligo e alle scuole secondarie superiori, e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
f) La tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria pediatrica individuale ad uso esclusivo del pediatra, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al pediatra di seguire la regolare crescita del bambino e di collaborare con l'Azienda ad eventuali indagini epidemiologiche e ricerche statistiche riguardanti la prima infanzia e l'età evolutiva e a quanto previsto dagli Accordi Regionali;
g) La certificazione di stato di buona salute per lo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art.1 lettere a) e c) nell'ambito scolastico, a seguito di richiesta dell'autorità scolastica competente (vedi all. H);
h) Richiesta di indagini specialistiche proposte di ricovero e di cure termali.

3.Sono inoltre compiti del pediatra di libera scelta:
   a) l'adesione alla sperimentazione della équipe territoriale di cui all'art 14 ter la cui partecipazione è regolata dagli accordi regionali o aziendali;
   b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del SSN nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti delle famiglie dei minori anche attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare l'osservanza del comportamento e degli stili di vita con particolare riferimento all'educazione alimentare e all'attività motoria;
   c) osservanza e rilevazioni di reazioni indesiderate post-vaccinali;

   d) gli standard minimi di studio previsti dal presente Accordo;

   e) un bilancio di salute entro l'età di esclusiva;
   f) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

ART. 30 - Compiti del pediatra con compenso a quota variabile

1. Il pediatra, in attuazione all'art. 8 del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, espletando una funzione globale nella tutela della salute durante l'età evolutiva, svolge - oltre ai compiti indicati dall'articolo precedente - compiti anch'essi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, remunerati con una quota aggiuntiva del compenso in funzione delle prestazioni ed attività rese e regolamentate a livello regionale.

I compiti di cui al presente articolo sono:

a) assistenza al bambino con patologia cronica da realizzarsi in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale, secondo l'allegato E, e da effettuarsi sulla base di concordati programmi di assistenza, al domicilio del bambino;
b) l'eventuale esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate con le modalità previste dall'allegato B;
c) assistenza programmata al domicilio dell'assistito (all. E);
d) assistenza programmata nelle strutture residenziali e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art.48;
e) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato B;
f) assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali di cui all'art. 48 (vedasi anche l'allegato G);
g) visite occasionali secondo l'art. 39;
h) collaborazione informatica di cui all'art.41, comma 4;
i) potenziamento dello studio con personale dipendente di cui all'art.41, comma 6;
j) l'esecuzione di eventuali screening, sulla base di programmi regionali e aziendali;
k) partecipazione alle forme associative secondo la programmazione regionale;

ART. 31 - Visite ambulatoriali e domiciliari

1. L'attività medica viene prestata nello studio del pediatra o a domicilio del paziente.

2. La visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria secondo la valutazione del pediatra, avuto riguardo alla non trasportabilità dell'ammalato, deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

3. L'attività ambulatoriale, da garantirsi comunque nell'arco dei cinque giorni settimanali, salvo i casi d'urgenza, viene di norma espletata attraverso un adeguato sistema di prenotazione.

4. A cura della Azienda tali norme sono portate a conoscenza degli assistibili.

5. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma esegue le visite richieste entro le ore 10.00 dello stesso giorno.

6. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i pediatri che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

7. La richiesta di prestazione urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

ART. 32 - Consulto con lo specialista

1. Il consulto può essere attivato dal pediatra di fiducia qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal pediatra presso le strutture pubbliche o private accreditate presenti nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda può essere attuato, su richiesta motivata del pediatra di libera scelta, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il pediatra e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione nel rispetto delle esigenze dei servizi della strutture pubbliche o private accreditate.

ART. 33 - Accesso del pediatra di libera scelta presso gli ambienti di ricovero

1. I Direttori sanitari delle strutture pubbliche o private adottano i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare l'accesso del pediatra di famiglia ai luoghi di cura della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente e il rapporto di collaborazione tra i pediatri del luogo di cura ed gli specialisti pediatri convenzionati.
   In particolare il Direttore sanitario deve garantire che il pediatra di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza domiciliare.

2. In ogni caso il pediatra di famiglia nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti i presidi pubblici o privati accreditati anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

ART. 34 - Prescrizione farmaceutica e modulario

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto di quanto previsto dall'art.8 comma10, della legge 24.12.93 n. 537 e dalla successiva normativa concernente i medicinali erogabili con oneri a carico del SSN.

2. Il pediatra può dar luogo al rinnovo della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

3. Le parti firmatarie del presente Accordo possono concordare a livello regionale sperimentazioni riguardanti modalità e procedure idonee a snellire gli adempimenti dei pediatra e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati. Le sperimentazioni potranno riguardare anche la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia,

4. Sulla ricetta di cui al decreto ministeriale n. 350/88 il pediatra annota il diritto dell'esenzione dal pagamento della quota a carico secondo le norme vigenti. Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto o meno all'esenzione e di quant'altro necessario legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati sono definite con accordi regionali.

5. Il diritto all'esenzione del ticket è regolato nelle forme di legge per le esenzioni da reddito. Nelle altre forme la esenzione è attestata dalla Azienda ai sensi dell'art.4, comma 2, del decreto ministeriale 20 maggio 1989 e successive modificazioni ed integrazioni.

6. La necessità della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del pediatra alla Azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento è disposto dalla Azienda secondo proprie modalità organizzative.

ART. 35 - Richiesta di indagini specialistiche proposte di ricovero o di cure termali

1. Il pediatra, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita o indagine specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine o visita specialistica deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Esso può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art.32.

3. Il pediatra può dar luogo al rinnovo della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, in busta chiusa con l'indicazione "al pediatra curante", suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilità di successivi controlli specialistici.

5. Le Regioni possono definire modalità organizzative che consentano allo specialista, qualora questi ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del pediatra curante, di formulare direttamente le relative richieste.

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche o private accreditate, senza la richiesta del pediatra curante, alle seguenti attività: odontoiatria, neuro-psichiatria infantile e oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche.

7. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal pediatra curante (allegato D) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

8. Il modulario di cui all'art. 34 è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche. Per queste ultime è consentita nei limiti di legge la multi proposta, escludendosi ogni ulteriore adempimento a carico del pediatra curante.

9. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti le Regioni emanano norme per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista dipendente o convenzionato di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione. I controlli programmati saranno proposti al pediatra di base.

10. Le norme di cui al precedente comma devono essere osservate anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.

ART. 36 - Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria della azienda usl

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, al servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza pediatrica di base procede al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

2. I pediatri convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.

3. Eventuali divergenze interpretative vengono rimesse al Comitato di cui all'art, 11.

ART. 37 - Interventi socio-assistenziali

1. Il pediatra di fiducia, sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito, del contesto familiare, delle condizioni sociali ed economiche, segnala, ove lo ritenga necessario, ai servizi sociali dell'Azienda l'esigenza di particolari interventi socio-assistenziali.

ART.38 - Collegamento con i servizi di continuita' assistenziale

1. Il Pediatra di famiglia, secondo scienza e coscienza, valuta l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisico-patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.

ART. 39 - Visite occasionali

1. I pediatri iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti. Tuttavia, salvo quanto previsto per la continuità assistenziale e per l'assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera in favore dei soggetti in età pediatrica che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrano all'opera del pediatra. Il pediatra è tenuto a utilizzare il modello prescrizione-proposta, indicando la residenza dell'assistito.

2. Le visite di cui al comma 1 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe omnicomprensive:
   - visita ambulatoriale L.50.000
   - visita domiciliare L.70.000

3. Al pediatra convenzionato, che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni indicando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

4. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende.

ART. 40 - Libera professione

1. Fermo restando quanto previsto dall'art.6, comma 2, al di fuori delle modalità e dei compiti previsti dal presente Accordo nonché dagli accordi regionali ed aziendali relativi all'ambito di iscrizione del pediatra, al pediatra iscritto negli elenchi è consentito svolgere attività di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti dei pediatri eventualmente operanti nella medesima forma associativa, purché questo non comporti pregiudizio o interferenze con l'attività convenzionata.
2. Si definisce " attività libero professionale occasionale" quella esercitata occasionalmente in favore del cittadino e su richiesta dello stesso.
3. Si definisce " attività libero professionale strutturata " quella erogata in forma organizzata, coordinata e continuata che comporta un impegno orario settimanale definito e costante.
4. Il pediatra che eserciti libera professione strutturata è tenuto a comunicare entro 30 gg. dal suo avvio le modalità di esercizio dell'attività libero professionale, gli orari relativi, l'ubicazione dello studio e quanto altro necessario a consentire la verifica da parte della A.S.L. .
5. Il pediatra è tenuto a comunicare eventuali variazioni di esercizio dell'attività.
6. Il pediatra convenzionato è tenuto a informare preliminarmente il legale rappresentante dell'assistito della possibilità di fruire di prestazioni analoghe a carico del SSN presso le strutture pubbliche e/o private accreditate.
7. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, i pediatri iscritti negli elenchi possono svolgere attività di libera professione nei confronti dei propri assistiti per le categorie di seguito specificate:
   a) prestazioni non comprese nel presente Accordo o negli accordi regionali o aziendali, relativi all'ambito regionale o aziendale di iscrizione del pediatra;

   b) prestazioni richieste e prestate nelle fasce notturne, prefestive e festive

8. L'attività specialistica non pediatrica eventualmente svolta dal pediatra nei confronti dei propri assistiti non può essere considerata libera professione se inquadrabile nelle normali visite ambulatoriali anche se mirata a particolari organi od apparati.
9. Ai pediatri che non esercitano attività libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti è riconosciuto il diritto di accesso preferenziale agli istituti normativi incentivanti previsti dal presente Accordo.

ART. 41 Trattamento economico

1. Premesso che il "Programma delle attività territoriali" comprende, come previsto dall'art. 3-quater.del D.L.vo n. 502/92, e successive modifiche, anche l'erogazione della pediatria di libera scelta e specifica le prestazioni ed attività di competenza della stessa risultanti dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali, il trattamento economico dei pediatri convenzionati, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1,lett. d), del suddetto decreto legislativo, si articola in :

a) quota fissa capitaria, per quanto stabilito all'art. 29;

b) quota variabile finalizzata al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale, regionale e aziendale;

c) quota variabile in considerazione dei compensi funzionali alla realizzazione della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale stabiliti :

- dal presente Accordo: prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "B", all'assistenza programmata di cui all'allegato "E";
- dagli accordi regionali ed aziendali: assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, "Progetto salute infanzia" di cui all'allegato "L" e ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

2. Le Regioni, mediante accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, possono concordare, nell'ambito della quota variabile di cui alle lettere b) e c) e con le procedure di cui al Capo II, livelli assistenziali aggiuntivi, programmi e progetti avanzati rispetto a quanto previsto del presente Accordo, finalizzati allo sviluppo qualitativo degli interventi territoriali, ivi comprese le forme associative.

A) QUOTA FISSA CAPITARIA

Ai pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di libera scelta che svolgono compiti di assistenza primaria è corrisposto, per ciascun assistibile in carico, un compenso forfettario annuo come dalla seguente tabella:

A1) QUOTA FISSA PER I PRIMI 250 ASSISTITI

ANZIANITA' DI SPECIALIZZAZIONE DEL PEDIATRA	1-1-1999	1-1-2000
DA 0 A 2 ANNI	156.476	158.668
OLTRE 2 FINO A 9 ANNI	163.998	166.294
OLTRE 9 FINO A 16 ANNI	171.518	173.919
OLTRE 16 FINO A 23 ANNI	179.031	181.538

OLTRE 23 ANNI	186.543	189.155

QUOTA FISSA PER I SUCCESSIVI (DAL 251° ASSISTITO)

ANZIANITA' DI SPECIALIZZAZIONE DEL PEDIATRA		
	1.1.99	1.1.2000
DA 0 A 2 ANNI	121.839	123.545
OLTRE 2 FINO A 9 ANNI	129.364	131.176
OLTRE 9 FINO A 16 ANNI	136.885	138.801
OLTRE 16 FINO A 23 ANNI	144.396	146.418
OLTRE 23 ANNI	151.909	154.036

A2 - COMPENSO AGGIUNTIVO

Ai medici iscritti negli elenchi della pediatria di base sono attribuite quote mensili determinate con i criteri di cui al la lettera F) dell'art. 29 D.P.R 315/90.Il compenso, nella misura corrisposta al 31.12.1997, è incrementato dall'1.1.99 del 2,3% e dall'1.1.2000 del 1,4%, moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico per ciascun mese, con il tetto massimo di 800 scelte o della quota individuale. Le percentuali vengono applicate sulla base dell'importo rivalutato con la percentuale precedente. Nulla è dovuto a titolo di compenso aggiuntivo oltre il massimale individuale.

A3 - QUOTE EX ART. 29, COMMA 3

Ai medici iscritti negli elenchi della pediatria è corrisposta con decorrenza 1.1.2000:

a) una ulteriore quota capitaria annuale di Lire 8.000 per assistito per gli obblighi e lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 29, comma 3 lettere da a) a e);
b) una ulteriore quota capitaria annuale di Lire 4.000 per assistito per la partecipazione ai programmi di cui all'art. 29, comma 3, lettera f)

3.Maggiorazioni per zone disagiatissime comprese le piccole isole. Dalla data di pubblicazione del presente Accordo, per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta al 15% dei pediatri un compenso accessorio mensile di Lire 1.000.000

4 Dalla data di pubblicazione del presente Accordo ai pediatri, nella misura massima del 40% a livello regionale, che assicurano nel proprio studio mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di

prestazioni specialistiche è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di lire 150.000. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza.

5. A decorrere dallo 01.01.1999 e fino al 31.12.1999 la indennità di collaborazione informatica corrisposta ai sensi del D.P.R. n. 613/96, è di lire.102.300 mensili. A decorrere dallo 01.01.2000 e fino alla data di pubblicazione del presente Accordo, è di lire 103.750.

6. Ai pediatri di libera scelta individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 10% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio o comunque utilizzato secondo le normative vigenti, è corrisposta, con decorrenza 01.01.2000, un'indennità annua nella misura di lire 10.000 per assistito in carico fino al massimale o quota individuale, determinando, sulla base di accordi regionali, l'ammontare dell'indennità spettante a ciascun medico in caso di lavoro associato e l'eventuale incremento in relazione alla attivazione di compiti e modelli organizzativi sperimentali. Per il periodo dallo 01.01.1999 al 31.12.1999 sull'indennità già percepita ai sensi dell'art. 43 comma 3, lettera L) del D.P.R 21.10.96, n. 613 è corrisposto un importo annuale di Lire 103 per assistito.

7. A decorrere dall'1.1.2000, ai pediatri di libera scelta individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 30% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, che svolgono la propria attività sotto forma di pediatria in associazione ai sensi dell'art 53, del presente Accordo è corrisposto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Lire 6.000.

8. .A decorrere dall'1.1.2000, ai pediatri di libera scelta individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 5% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, che svolgono la propria attività sotto forma di pediatria di gruppo e ai sensi dell'art 52, del presente Accordo è corrisposto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Lire 7.000.

9. Ferma restando l'entità complessiva del finanziamento regionale, relativa ai compensi di cui ai commi 3, 4, 6, 7 e 8, le Regioni possono, sulla base di specifiche esigenze locali, modificare gli importi e/o le percentuali previste dai commi già citati, previo intesa con le Organizzazioni sindacali regionali maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 10.

10. I compensi di cui alla lettera A) sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente ,entro la fine del mese successivo a quello di competenza. I compensi di cui al comma 4 e 6 sono versati annualmente.

11. Le variazioni di retribuzione relativi ai passaggi di fascia per anzianità di specializzazione del medico saranno effettuate una sola volte all'anno il 1 gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

ART. 42 - Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia

1. Per i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di base viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al 2° comma del punto 6 dell'art.9 della legge 29 giugno 77, n.349, pari al 13% su tutti i compensi previsti dal presente Accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali, di cui l'8,125 % a carico dell'Azienda e il 4,875 % a carico del medico.

2. I contributi devono essere versati dall'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei pediatri a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

3. Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,25% (zero virgola venti cinque per cento) dei compensi relativi ai punti del precedente articolo, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'E.N.P.A.M. il contributo per l'assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'Accordo avranno provveduto a stipulare apposito contratto di assicurazione.

ART.43 - Continuità' assistenziale

1) Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ai sensi dell'art.8 del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche, si stabilisce che la continuità assistenziale e l'assistenza ai turisti disciplinata dal Capo III dell'Accordo Nazionale per la medicina generale, si estende anche agli assistibili in carico ai pediatri.

2) Gli accordi regionali possono prevedere, d'intesa con le OO.SS. dell'area pediatrica, la partecipazione dei pediatri convenzionati disponibili e inclusi nella graduatoria regionale nelle attività di continuità assistenziale e di assistenza ai turisti.

3) Al fine di assicurare il completamento e l'integrazione dell'assistenza primaria pediatrica, la continuità assistenziale può essere garantita da appositi servizi nel cui ambito possono partecipare su base volontaria e con accordi da definire a livello regionale e/o aziendale anche pediatri di libera scelta convenzionati e pediatri inclusi nella graduatoria regionale pediatrica.
   Forme di continuità assistenziale possono comunque essere concordate a livello regionale e/o aziendale ed effettuate da gruppi od associazioni di pediatri convenzionati.

ART. 44 - Assistenza a bambini con patologia cronica

1. L'assistenza a bambini con patologia cronica si esplica con le seguenti modalità:
   assistenza domiciliare integrata (vedi allegato E)
   assistenza domiciliare programmata (vedi allegato E)
   assistenza ambulatoriale programmata ai sensi dell'art. 49 (vedi allegato E bis)
2. Le Azienda USL dalla data di pubblicazione del presente Accordo destinano agli istituti indicati al comma 1 del presente articolo, una somma non superiore al 20% delle retribuzioni mensili di tutti i pediatri convenzionati,

CAPO II

ART. 45 - Attività' territoriali programmate

1. Per lo svolgimento di attività normalmente di prevenzione e profilassi a livello di comunità, indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria, l'Azienda può attribuire ulteriori attività a tempo determinato, non superiori ad un anno, a pediatri inseriti negli elenchi dei pediatri di libera scelta della Azienda medesima ed espressamente rinnovabili.
2. Il servizio può essere attivato, su richiesta del coordinatore del distretto anche per servizi di coordinamento di progetti distrettuali per la pediatria di libera scelta, coordinamento di studi epidemiologici, collaborazione per le attività limitate al settore delle attività pediatriche, direzione di dipartimenti materno infantili. L'attività può essere affidata a tutti i pediatri iscritti negli elenchi che ne facciano richiesta.

ART. 46 - Assegnazione delle attività' territoriali programmate e compensi

1. L'Azienda interpella il pediatra secondo l'ordine di priorità indicato all'art.45 comma 2 indicando il tipo e la data di inizio della attività, l'ubicazione della sede o delle sedi, l'orario di lavoro e la durata dell'attività, mediante raccomandata postale con avviso di ricevimento o mediante comunicazione scritta interna alla Azienda, di cui deve risultare il ricevimento da parte dell'interessato con firma e data su una copia.
2. Il pediatra interpellato è invitato contestualmente a presentarsi entro 6 giorni per l'accettazione. La mancata presentazione entro il termine stabilito è considerata come rinuncia.
3. In caso di impossibilità del pediatra a prestare temporaneamente la propria attività, fino ad un massimo di 30 giorni, l'Azienda provvede alla sostituzione. In caso di assenza superiore ai 30 giorni l'Azienda provvede ad assegnare ad altro pediatra disponibile l'attività in questione.
4. Le prestazioni ed attività sono effettuate secondo modalità organizzative aziendali e compensi, definiti dalle Regioni sentiti i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale. I compensi vengono corrisposti il mese successivo allo svolgimento dell'attività. Sui compensi sono applicati i contributi Enpam.

ART. 47 - Rapporti con i responsabili del distretto

1. Il pediatra per lo svolgimento delle attività di cui all'art.46, osserva le direttive organizzative emanate dal Direttore del distretto ed è tenuto a collaborare per il corretto svolgimento delle attività.

ART. 48 - Aree negoziali di livello regionale

1. Gli accordi regionali, di cui all'art.8, lett.d) ed f), del decreto legislativo 30 dicembre 92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, definiscono le attività svolte dai medici pediatri convenzionati per l'attuazione degli obiettivi regionali ed aziendali come previsto all'art. 30 del presente Accordo.
2. Le trattative degli accordi regionali deve iniziare entro 90 gg. dalla pubblicazione del presente Accordo sulla G.U.

ART. 49 - Prestazioni e attivita' aggiuntive

1. Ad integrazione di quanto stabilito dall'art. 30, gli accordi regionali possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive e attività anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, e con modalità che possano consentire l'integrazione funzionale del Pediatra con il Dipartimento Materno-infantile, per:

a) - interventi sanitari relativi all'età pediatrica con la formulazione del piano assistenziale, compresa la parte riabilitativa e la compilazione di una scheda di rilevazione dei bisogni dei bambini a domicilio, nelle strutture territoriali e nelle collettività;

b) assistenza al bambino con patologia cronica da realizzarsi, secondo l'allegato E bis, e da effettuarsi sulla base di programmi di assistenza concordati, all'ambulatorio o al domicilio del bambino;

c) - il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro sensoriali e psichici ed all'individuazione precoce di problematiche, anche socio sanitarie, mediante almeno cinque bilanci di salute, oltre al primo di cui all'art. 29, da effettuarsi di norma entro il sesto anno di vita del bambino (vedi allegato L), gli interventi di educazione sanitaria nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute previsti a livello nazionale, regionale e aziendale nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva, e le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

d) la compilazione di un libretto sanitario pediatrico individuale tenuto dai rappresentanti legali dall'assistito e da predisporsi secondo accordi regionali;

e) - processi assistenziali riguardanti particolari patologie ivi comprese alcune sociali secondo protocolli che definiscono le attività del pediatra di base e i casi di ricorso al secondo livello specialistico (diabete, ipertensione, forme invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma, forme neurologiche, ecc.);

f) - assistenza domiciliare ai pazienti in fase terminale, anche in forma sperimentale con particolare riguardo alle cure palliative;

g) - sperimentazione di iniziative di telemedicina ;

h) - partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale (es. Progetti obiettivo) coinvolgenti il pediatra di base per prestazioni non previste dall'art. 29 e 30;

i) - prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle di cui all'allegato B);

l) l'organizzazione della pediatria in rete.

2. Gli accordi regionali possono, inoltre, prevedere lo svolgimento delle seguenti attività:

a - partecipazione a procedure di verifica della qualità che, oltre a promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie, costituisca un aspetto del processo di verifica dei tetti di spesa sulla base di peer review e applicazione di linee guida, che possa determinare la eliminazione o correzione di difetti nella erogazione delle prestazioni;

b - svolgimento di attività di ricerca epidemiologica, compresa la segnalazione di eventi sentinella e la partecipazione alla tenuta di registri per patologia, sulla base di protocolli concordati a livello regionale;

c - attivazione di un sistema informativo integrato tra pediatri di base, presidi delle Aziende sanitarie locali ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (specialisti e servizi ospedalieri), anche a fini di ricerca epidemiologica e management della spesa;

d - fornitura dei dati sanitari, anche attraverso flussi informativi, a fini statistici-epidemiologici , di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.

3. Gli Accordi regionali previsti dall'art.48 possono disciplinare le modalità di partecipazione dei pediatri convenzionati alle attività di continuità assistenziale secondo quanto previsto all'art.8 lett.e) del D.lvo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

ART. 50 - Programmi di attivita' e livelli di spesa programmati

1. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art.8, lett.f), del d.leg.vo 502/92,e successive modifiche ed integrazioni la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende sanitarie locali e pediatri di base per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

2. Sulla base di parametri di spesa per soggetto assistito calcolati mediante medie ponderate per ambiti territoriali definiti, riferiti a determinare componenti della spesa stessa e concordati tra Regione ed i sindacati maggiormente rappresentativi, vengono fissati i criteri per la determinazione dei livelli di spesa programmati in ciascun ambito territoriale, ai quali fare riferimento per la valutazione dell'attività prescrittiva del pediatra di famiglia.

3.. In conformità all'art 8, comma 1, lettera f) del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, le Aziende, sulla base di indirizzi nazionali e regionali, individuano obiettivi all'interno dei programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli programmati di spesa con i pediatri di libera scelta. Il raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati è correlato alla corresponsione di una quota variabile del compenso stabilito a livello regionale o aziendale in relazione al grado di coinvolgimento diretto dei pediatri di libera scelta. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei pediatri di libera scelta sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e Organizzazioni Sindacati maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto integrato che costituisce il supporto tecnico del livello di spesa programmato. I progetti a livello di spesa programmata devono comunque essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse . I progetti a livello di spesa programmata devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi pediatri aderenti.

4. Sulla minore spesa indotta è calcolata una ulteriore quota, determinata dall'Accordo regionale o aziendale destinata al potenziamento delle prestazioni sanitarie distrettuali da parte delle Aziende sentito il Comitato di Azienda di cui all'art.11.

5. Anche ai fini della ristrutturazione del compenso al medico, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di pediatri di budget virtuali o reali.

ART.51 - Forme associative

1. Al fine di conseguire un più elevato livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e pediatra di famiglia i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di famiglia possono concordare e realizzare forme di lavoro associativo, secondo le modalità, i principi e le tipologie indicate ai commi successivi e negli Accordi Regionali ed Aziendali.
2. Le forme associative oggetto del presente Accordo sono:
a) la pediatria di gruppo;
b) la pediatria in associazione;
c) la pediatria in rete.
3. Le forme associative sono finalizzate ad erogare:
a) prestazioni di tipo diagnostico, preventivo, terapeutico e di educazione sanitaria
b) assistenza riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;
c) continuità assistenziale, secondo quanto previsto dalle norme specifiche.
4. L'associazione può partecipare allo svolgimento delle attività e compiti previsti dagli accordi regionali previsti dagli articoli 48 e 49.
5 .All'interno della forma associativa può essere eletto un delegato alle funzioni di rAccordo funzionale e professionale con il Direttore del distretto e con la componente rappresentativa della pediatria di libera scelta nell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali: oltre che di rappresentativa organizzativa nei confronti dell'azienda.

ART.52 - Pediatria di gruppo

La pediatria di gruppo si caratterizza per i seguenti requisiti, fatto salvo diverse determinazioni regionali:

a) l'associazione è libera, volontaria e paritaria;
b) l'Accordo che costituisce la pediatria di gruppo è liberamente concordato tra i pediatri partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici;
c) i compensi relativi all'attività della pediatria di gruppo competono al medico dalla data di effettivo inizio dell'attività che si intende iniziata non prima della data di deposito presso l'Azienda dell'atto di cui al punto b) del presente articolo;
d) del gruppo possono far parte soltanto pediatri che svolgono in modo esclusivo l'attività di medico convenzionato, nello stesso ambito di territoriale di scelta determinato dalla Regione;
e) la sede della pediatria di gruppo è unica;
f) del gruppo fanno parte due o più pediatri di famiglia;
g) ciascun medico può far parte soltanto di un gruppo;
h) ciascun partecipante al gruppo è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
i) deve prevedersi la disciplina dell'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del gruppo;
j) in ogni caso deve essere assicurata dai pediatri del gruppo l'assistenza nella sede unica per almeno cinque ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi deve essere assicurata da almeno uno dei pediatri del gruppo la ricezione delle richieste di visite, anche mediante l'uso di idonei strumenti di ricezione.
k) a ciascun medico del gruppo vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
l) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del medico scelto dall'assistito, salvaguardando in ogni caso la possibilità del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
m) all'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per sostituzioni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità, purché dette sostituzioni non comportino disservizio nell'erogazione dell'assistenza;
n) la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti del gruppo;
o) devono essere previste riunioni periodiche fra i pediatri costituenti la forma associativa per la verifica degli obbiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito.

ART.53 - Pediatria in associazione

1. La pediatria in associazione, fatta salva diversa disciplina regionale, deve prevedere i seguenti requisiti:

- distribuzione territoriale degli studi;
- l'associazione può essere composta da due o più pediatri o da due o più gruppi operanti nello stesso ambito e l'aggregazione comporti un evidente miglioramento delle prestazioni erogate;
- è possibile l'associazione di uno o più pediatri con medici di medicina generale;
- più associazioni possono coordinarsi per l'erogazione di prestazioni previste dall'ACN o da accordi locali.

2. Le Regioni disciplinano la partecipazione delle Associazioni alle attività assistenziale:

- apertura coordinata degli studi per almeno 5 ore giornaliere distribuite tra mattino e pomeriggio, di cui uno aperto almeno fino alle ore 19;
- disponibilità a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei pediatri associati per le prestazioni non differibili;
- la condivisione è implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;
- la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione è per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione;
- Le Regioni al fine di favorire la realizzazione di forme di maggior fruibilità ed accessibilità dei servizi e delle attività dei pediatri di famiglia da parte degli assistiti, possono prevedere l'attuazione di forme organizzative che, nell'ambito dell'associazione, individuino uno studio nel quale i medici associati svolgono, a rotazione, attività concordate.

ART.54 - Pediatria in rete

1. La pediatria in rete si caratterizza, fatte salve diverse determinazioni regionali, quale modulo complementare non sostitutivo rispetto alla pediatria di gruppo ed in associazione e ad esse collegato per consentire un livello superiore di comunicazione di dati ed informazioni sanitarie tra pediatri e tra questi ultimi e le strutture distrettuali e/o ospedaliere pubbliche e accreditate.
2. Sono previsti i seguenti requisiti:

- distribuzione territoriale degli studi non vincolati a sede unica;
- fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico;
- gli studi in rete sono collegati fra loro con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
- utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
- chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00.

ART.55 - Contrattazione

1. Gli accordi regionali sono stipulati dall'organo competente secondo l'ordinamento regionale e dai sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 10.
2. Gli accordi regionali sono vincolanti nei confronti dei pediatri convenzionati e interessati dagli accordi. In alternativa può essere prevista l'adesione volontaria alle iniziative contenute negli accordi.
3. Gli accordi regionali possono prevedere, in relazione alle specificità del loro contenuto:
   - il possesso di particolari requisiti da parte del medico convenzionato per la partecipazione alle attività concordate;
   - l'uso da parte dei pediatri convenzionati di locali, attrezzature e personale fornito dalla Azienda sanitaria locale, direttamente o mediante rapporti con i terzi, o dai pediatri stessi;
   - appositi standard di ambulatorio per le prestazioni oggetto di Accordo.
4. Gli accordi regionali prevedono, altresì:
   - la disciplina dei rapporti tra i dirigenti delle attività distrettuali e i pediatri convenzionati in relazione al tipo di attività;
   - la regolamentazione dei rapporti tra gli operatori coinvolti.

ART.56 - Compensi

1. Fatto salvo quanto previsto dall'art. 41, gli accordi regionali possono prevedere ulteriori compensi corrisposti in rapporto al tipo di attività svolta dal pediatra convenzionato, anche in forma associata. Nelle forme integrate di esercizio dell'attività professionale può essere prevista, la fornitura di personale, locali ed attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui al comma precedente.

NORMA FINALE N. 1

1. I pediatri che alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente Accordo risultano iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta delle Aziende sono confermati nel rapporto convenzionale, salvi l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità e il possesso dei requisiti prescritti.

NORMA FINALE N.2

1 Qualora entro la scadenza stabilita non sia iniziata la trattativa per il rinnovo dell'Accordo, le parti si impegnano a definire, con specifica trattativa, da concludersi entro novanta giorni dalla data della scadenza dell'Accordo, le variazioni economiche da apportare alla quota fissa a titolo di concorso nelle spese per l'erogazione delle prestazioni.

NORMA TRANSITORIA N. 1

Sono fatti salvi ai fini economici i bilanci di salute e le Prestazioni aggiuntive di cui rispettivamente agli allegati "L" e "B" dell'A.C.N. di cui al DPR n. 613/96, eseguiti sino alla data di pubblicazione del presente Accordo, tenuto conto di diverse ed eventuali determinazioni regionali.

NORMA TRANSITORIA N.2

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, le parti convengono che il termine per l'entrata in vigore a regime del limite di età per la cessazione del rapporto convenzionale previsto dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale, sarà individuato a seguito di specifica intesa tra le parti firmatarie della presente convenzione nazionale, dopo che saranno definiti e disciplinati nelle sedi competenti con il concorso dell'ENPAM e delle parti firmatarie stesse, gli aspetti ed effetti previdenziali conseguenti all'introduzione dei nuovi limiti di età, secondo quanto stabilito dall'art. 15-nonies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni.
2. Fino all'entrata in vigore del limite di età di cui all'art 6, comma 1), lettera a), continua ad applicarsi il limite di età previsto dall'art. 6 ,comma 1, lettera a), del D.P.R. n. 613/96.

NORMA TRANSITORIA N.3

Sono fatti salvi, per la durata prevista, gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli accordi regionali vigenti stipulati ai sensi del Capo IV del D.P.R. 613/96.

NORMA TRANSITORIA N.4

Il termine di tre anni di cui all'art.6, comma 3, decorre dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

NORMA TRANSITORIA N.5

I pediatri che, in virtù dell'art. 21, comma 10 del D.P.R. 613/96 siano stati autorizzati a risiedere in un comune diverso da quello di iscrizione, mantengono tale autorizzazione.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1

Le parti chiariscono che le dizioni Regioni, amministrazione regionale, giunta regionale assessore regionale alla sanità usate nel testo dell'Accordo valgono ad individuare anche corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2

Le parti dichiarano che affronteranno, unitamente agli altri soggetti interessati, in fase preliminare al rinnovo del presente Accordo, le tematiche introdotte dalla legge 27 maggio 1991, n.176, che recepisce le indicazioni della "Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo" di New York del 20 novembre 1989.

ALL. A)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI **PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA** VALIDA PER IL PERIODO:

Alla Regione

Marca da bollo

Il sottoscritto Dott.____

Nato a______________________ Prov. ________ il______________________________

Codice Fiscale ________________________ Comune di residenza__________________

Prov. _______ Indirizzo ____ n._____

C.A.P. ___________ n. Tel. ________________________________

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

ACCLUDE

N........ dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)
N........ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio
N.....,.. certificati

Data...
Firma...

Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Esente da
Imposta di bollo

Il sottoscritto Dott. Cognome.......................... Nome............................

C.F. ....

ai sensi e agli effetti dell' art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 2 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative

D I C H I A R A

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art. 8 – comma 1 – del decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (0.20 punti per mese di attività);
   dal................................ al................................ presso................................
   dal................................ al................................ presso................................
   dal................................ al................................ presso................................

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.20 per mese di attività);
   dal..........................al.......................medico*......................A.S.L......................
   dal..........................al.......................medico......................A.S.L......................
   dal..........................al.......................medico......................A.S.L......................

3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0.05 punti per mese di attività)
   dal.......................... al..............................Struttura..
   dal.......................... al..............................Struttura..
   dal.......................... al..............................Struttura..

* inserire il nome del medico sostituito

4. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) ****** vedi allegato A per la compilazione ******

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. (0.10 per mese)
   A.S.L.................... dal......................... al............................
   A.S.L.................... dal......................... al............................

6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430 (0.20 punti per mese di attività)
   dal.......................... al..........................presso..
   dal.......................... al..........................presso..
   dal.......................... al..........................presso..

7. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'area della medicina generale o nell'area della pediatria (medicina generale 0.10 punti per ciascun mese – pediatria di libera scelta 0.20 per ciascun mese).
   dal......................... al........................... area..........................

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Luogo e data....................................... (2) Firma del dichiarante...............................

(1) Ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(2) Ai sensi dell'art. 2 – comma 11 – della legge 16 giugno 1998, n.191, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo :*

2. *Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;*

3. *Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;*

4. *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione*

5. *L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;*

6. *Titolare del trattamento dei dati è*

Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
- AUTOCERTIFICAZIONE –

Esente da
Imposta di bollo

Il sottoscritto Dott. Cognome............................ Nome............................

C.F...................................

ai sensi e agli effetti dell' art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 1 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di..................... dal....................
2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di.................... dal................ al...................... e all'Ordine dei medici della Provincia di................. dal................ al......................
3. Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di...................... in data......................... con voto.........................
4. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in pediatria
5. Specializzazione/ libera docenza in......................... conseguita il................................ presso...................................

   Specializzazione/ libera docenza in......................... conseguita il................................ presso...................................

* punti 0,01 per mese di iscrizione. Il punteggio è raddoppiato, punti 0,02 per mese di iscrizione negli albi professionali della regione ove è presentata la domanda.

6. **Di** aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal.......................... al.............................. presso...

7. **Di** essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il....................... presso..............................

8. Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il....................... presso..............................

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Data.................................. Firma del dichiarante..............................

(Non soggetta ad autenticazione)

(1) Ai sensi dell'art. 26 della Legge 4 Gennaio 1968, n.15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio) i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**

- **Essere in possesso del diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline:**

1. pediatria;
2. clinica pediatrica;
3. pediatria e puericultura;
4. patologia clinica pediatrica;
5. patologia neonatale;
6. puericultura;
7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre **il 31 gennaio** alla Regione

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale valida per il periodo, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nella graduatoria valida per il periodo.

ALLEGATO " A "

Dott. Cognome................................ Nome...

C. F.......................................

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva.(0.10 per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività)

A N N O ....

Azienda Sanitaria Locale..

Gennaio dal.......................... al.............................
ore............................

Febbraio dal.......................... al.............................
ore............................

Marzo dal.......................... al.............................
ore............................

Aprile dal.......................... al.............................
ore............................

Maggio dal.......................... al.............................
ore............................

Giugno dal.......................... al.............................
ore............................

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato " A

Allegato B

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai pediatri sono quelle elencate nel nomenclatore tariffario di cui al presente allegato.

2. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al punto 1) lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.

3. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare nome, cognome, indirizzo e numero del libretto di iscrizione dell'assistito. Se la prestazione è eseguita previa l'autorizzazione sanitaria dell'Azienda, alla distinta deve essere allegato l'originale dell'autorizzazione stessa sul quale il medico per ogni singola prestazione eseguita, deve far apporre la firma dell'assistito che ne ha beneficiato o, in caso di impedimento, di chi ha assistito all'avvenuta prestazione. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento tra l'Ente erogatore e il sanitario interessato.

4. Al pediatra spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario. Fermo quanto previsto dall'art.6, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 3).

5. Gli emolumenti riferiti alle prestazioni aggiuntive non possono superare mensilmente il 14% dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico. Non concorrono al raggiungimento di tale percentuale le prestazioni effettuate nell'ambito di specifici protocolli assistenziali concordati.

6. Le parti firmatarie si impegnano, al compimento del sesto mese successivo all'esecutività del presente Accordo, a verificare l'andamento degli oneri conseguenti alle prestazioni in oggetto e qualora si riscontrino oneri aggiuntivi senza corrispondenti diminuzioni di spese per il medesimo titolo in altri settori si impegnano altresì ad un protocollo integrativo di revisione dell'istituto in oggetto.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI AGGIUNTIVE IN VIGORE DALLA DATA DI PUBBLICAZIONE NELLA GAZZETTA UFFICIALE DEL DPR DI RECEPIMENTO DEL PRESENTE ACCORDO

A) PRESTAZIONI TERAPEUTICHE

	Prestazione	Dall'1/1/99	dall'1/1/00
1.	Sutura di ferita superficiale	6.400	6.500
2.	Rimozione di punti di sutura e medicazione	23.500	23.900
3.	Fleboclisi(unica: eseguibile in caso di intervento di urgenza)	23.500	23.900
4.	Tamponamento nasale anteriore	10.700	10.900
5.	Rimozione tappo di cerume	13.600	13.900
6.	Rimozione di corpo estraneo	13.600	13.900
7.	Prima medicazione (*)	23.500	23.900
8.	Medicazioni successive	11.800	11.900
9.	Toilette di perionichia supporata	23.500	23.900
10.	Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna	19.600	19.800
11.	Riduzione della sublussazione articolare scapolo-omerale	30.400	30.800
12.	Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	17.600	17.900
13.	Asportazione di verruche	16.600	16.800
14.	Iniezione endovenosa	11.800	11.900
15	Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo		
	- piccoli segmenti	24.700	25.100
	- grandi segmenti	33.000	33.400

	Prestazione	dall'1/1/2000
16.	Frenulectomia linguale	28.400
17.	Cateterismo vescicale	17.600
18.	Drenaggio di ascesso sottocutaneo	72.000

(*) per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA

	Dall'1/1/99	dall'1/1/00
1. Boel test	41.000	41.500
2. Screening per l'ambliopia	41.000	41.500

B) VACCINAZIONI

- nell'ambito di campagne vaccinali concordate con Azienda o Regione

C) PRESTAZIONI DI TIPO DIAGNOSTICO DA DEFINIRE NELL'AMBITO DI ACCORDI REGIONALI

1. Conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burker)
2. Esame microscopico urine (con microscopio e camera di Burker)
3. PCR
4. MicroVES
5. Agglutinine a frigore
6. Ricerca SBEGA
7. Prelievo di sangue capillare
8. Prelievo di sangue venoso
9 Prelievo microbiologico
10 Test alla luce di Wood
11 Prick test
12 Otoscopia pneumatica
13 Impedenzometria
14 Audiometria tonale
15 Scoliometria
16 Spirometria
17 Terapia aerosolica

ALLEGATO C
(art.19 p.7)

PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.
2. Si procede in questo modo.
3. Si stabilisce quale è la popolazione 0-6 anni nell'ambito risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
4. A parte si prende l'elenco dei pediatri già operanti nell'ambito in questione.
6. Ad ogni medico viene attribuito un valore ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale.
7. Esso sarà:
   - uguale a 600 per tutti coloro che usufruiscono della quota individuale o che hanno un massimale superiore a 600;
8. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.
9. La zona è carente se il risultato della sottrazione comporta un numero superiore a 300 e si inserirà un medico per ogni 600 abitanti o frazione superiore a 300 in relazione al risultato della sottrazione.
10. *Esempio*

Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.050 abitanti al fine dell'applicazione del rapporto ottimale abitanti 6.050.
Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.050 abitanti.
Al fine del rapporto ottimale:
Popolazione pediatrica 6.050.
Medici inseriti nell'ambito:

2 a 1000 scelte di massimale valgono 600	1.200	(2 x 600)
6 a 800 scelte di massimale valgono 600	3.600	(3 x 600)

Totale	4.800	

La zona è carente: 6.050 - 4.800 = 1.250
Devono essere inseriti 2 pediatri

ALLEGATO D)
(Art. 37- p.7)

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,
invio in ospedale ....1..... Paziente signor
....
....
1) Motivo del ricovero
....
.....
2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto
....
.....
....
.....
3) Dati estratti dalla scheda sanitaria
....
.....
....
.....

....
.....
....
.....
Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.
Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata, in busta chiusa, un esauriente relazione clinica.
.... lì............................

Dott. ....
Recapito telefonico ....

ALLEGATO E)
(Art.44-)

ASSISTENZA DOMICILIARE AI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

art. 1

DEFINIZIONE

1. L'Assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative , socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali.

Consente altresì di garantire un effettivo supporto alle famiglie, attraverso interventi di natura assistenziale mirate anche ad evitare il ricovero del bambino o la sua istituzionalizzazione . Consente infine una presa in carico "globale del paziente" da parte dei servizi territoriali, attraverso la definizione di percorsi di cura e assistenza concordati con le Unità Operative Aziendali e mirati al superamento dei momenti "critici" per il bambino e per la famiglia.

2. L'Assistenza domiciliare a bambini con patologia cronica (adi; adp) di cui all'art. 44 è svolta assicurando al domicilio del paziente, con le modalità e le cadenze temporali definite nel programma concordato con il Responsabile di distretto per effettuare:

- ✓ monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
- ✓ controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
- ✓ predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- ✓ indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
- ✓ attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di " registri specifici per patologie" in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio ;
- ✓ individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione , trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

Art.2

OBIETTIVI

Gli obiettivi del Servizio sono:

1. Aumentare il livello di integrazione sociale del minore e della famiglia eliminando il rischio di istituzionalizzazione o riducendo lo stesso per i periodi strettamente necessari a garantire programmi riabilitativi.
2. Il contenimento delle complicanze invalidanti di tipo irreversibile .
3. La promozione della permanenza dei minori in famiglia.
4. La razionalizzazione degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi in piccoli pazienti con riacutizzazione di patologie croniche.
5. L'avvio di interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare.
6. La riduzione ricoveri impropri nonché dell'utilizzo improprio dei servizi ospedalieri .
7. La creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale di competenza comunale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi del bambino "fragile" .

Art. 3

DESTINATARI DELL'ASSISTENZA

1. Il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale che di seguito sono elencate:

- ✓ asma grave;
- ✓ fibrosi cistica;
- ✓ malattie cromosomiche e o genetiche invalidanti;
- ✓ sindrome di down;
- ✓ cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico;
- ✓ artropatie con grave limitazione funzionale;
- ✓ artrite reumatoide giovanile;
- ✓ patologie oncoematologiche;
- ✓ cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
- ✓ tetraplegia;
- ✓ autismo e altre psicosi;
- ✓ epilessie;
- ✓ immunodeficienza acquisita;

diabete mellito;

- ✓ neonati a rischio di deficit neurosensoriali ;

bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori

Art.4

PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. Il servizio è attivato dal pediatra di concerto con il responsabile dell'assistenza sanitaria del Distretto di residenza del paziente anche su segnalazione di:

- ✓ il responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione;
- ✓ servizi sociali;
- ✓ familiari del paziente.

2. Per ogni singolo paziente il pediatra propone un programma articolato di interventi socio sanitari . Tale programma deve essere concordato con il Responsabile del Distretto e dovrà contenere anche gli interventi demandati, per competenza, ad altri operatori della Azienda, nonché i momenti di verifica degli interventi stessi.
3. Il dirigente del Distretto comunica l'ingresso in assistenza integrata del paziente entro 48 ore.
4. Il pediatra di libera scelta, nell'ambito degli interventi assistenziali :

- ✓ ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- ✓ assicura gli interventi ambulatoriali e domiciliari ai pazienti destinatari dell'intervento, con le modalità e le cadenze previste dal programma concordato;
- ✓ tiene la scheda degli accessi fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale vengono riportati gli interventi.

5. Previo Accordo con il Dirigente del distretto:

- ✓ attiva le eventuali consulenze specialistiche;
- ✓ attiva gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali programati;
- ✓ coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Art.5

COMPENSO ECONOMICO

1. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo a quota variabile di £. 36.600, per ogni accesso domiciliare, per bambino con patologia cronica.
2. La liquidazione deve avvenire entro il secondo mese successivo al termine del programma, che viene definito con durata massima annuale. La documentazione degli interventi eseguiti è presentata all'Azienda secondo le modalità e i tempi concordati a livello regionale.
3. Le prestazioni di cui all' allegato E) del D.P.R. 613/96 sono remunerate fino alla pubblicazione del presente Accordo secondo i seguenti importi: dall'1.1.99 al 31.12.99, Lire 35.800 ad accesso, e dal 1.1.2000 Lire 36.600 ad accesso.
4. I compensi di cui al comma 1) possono essere incrementati a seguito di specifici accordi aziendali che tengono conto del raggiungimento di predefiniti obiettivi relativi alle patologie di cui al presente allegato.

Art. 6

DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo per ciascun medico pediatra che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti e modelli per l'assistenza domiciliare in ordine alfabetico.

Art. 7

VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio dell'Azienda e i responsabili distrettuali delle attività sanitarie, possono in ogni momento verificare l'effettiva erogazione delle prestazioni previste nei programmi di assistenza.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in Accordo con il medico pediatra.
3. L'assistenza può essere non attivata o sospesa, motivatamente, sia dal medico pediatra che dall'Azienda, salvaguardando comunque le esigenze socio sanitarie del paziente.

ALLEGATO E bis

ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

Art. 1

L'Assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica (aap) di cui all'art. 44 comma 1, lettera a), b), è svolta assicurando presso l' ambulatorio del pediatra dei controlli clinici periodici: settimanali o quindicinali o mensili o a scadenze temporali definite in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- ✓ Monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
- ✓ Controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
- ✓ Predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- ✓ Indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
- ✓ Attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di " registri specifici per patologie" in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio ;
- ✓ Individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione , trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso

Art. 2

Attivazione del servizio Ambulatoriale

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale che di seguito sono elencate:

- ✓ Allergie gravi
- ✓ Asma
- ✓ Fibrosi cistica
- ✓ Malattia celiaca
- ✓ Malattie cromosomiche e o genetiche
- ✓ Sindrome di down
- ✓ Cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
- ✓ Gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
- ✓ Artrite reumatoide giovanile
- ✓ Patologie oncoematologiche
- ✓ Cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi

- ✓ Tetraplegici
- ✓ Disturbi del comportamento
- ✓ Epilessie
- ✓ Immunodeficienza acquisita
- ✓ Diabete mellito
- ✓ Neonati a rischio di deficit neurosensoriali (secondo il percorso allegato)
- ✓ Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori.

Art.3

Le Regioni, nell'ambito degli accordi decentrati definiscono le procedure per l'attivazione dell'assistenza, i compensi economici e le modalità di pagamento. Di seguito si fornisce un esempio di modalità organizzative:

1. La segnalazione del caso abbisognevole di assistenza ambulatoriale può essere effettuata dal pediatra di famiglia, dai competenti servizi sanitari e sociali e dalle famiglie.
2. L'esame del programma da parte del medico dell'Azienda deve avvenire entro 7 giorni dalla segnalazione effettuata secondo le modalità di cui sopra al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine innanzi indicato, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
3. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo nella misura di regola ammontante a £ .... per accesso.
4. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
5. In caso di ricovero ospedaliero in strutture sanitarie o sociali al fine di garantire la continuità assistenziale e l'auspicata integrazione funzionale tra la rete di assistenza territoriale e la struttura di ricovero, per ogni accesso, al pediatra verrà corrisposto il compenso previsto nel comma 1. del presente articolo.
6. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
7. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che deve sempre essere documento alla Azienda nei tempi previsti.

ALLEGATO F)
(Art.23-p.8)

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA PEDIATRA TITOLARE E PEDIATRA SOSTITUTO NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA.

1. Fermi gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 23, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda , sono regolati tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. Al medico sostituto spettano almeno il 50% della quota fissa (art. 41, punto A1).
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore mobilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. **Qualora il medico sostituto non sia in possesso del titolo di specializzazione in pediatria, i rapporti economici di cui al presente articolo verranno regolati secondo le norme previste dall'Accordo della Medicina Generale.**

ALLEGATO G)
(Art. 30, lett.g)

INCENTIVAZIONE PER INSEDIAMENTO IN ZONE DISAGIATE.

1. Sono considerate disagiate le zone che permangono scoperte per oltre 1 anno dalla pubblicazione della carenza o in base ad altri criteri individuati dall'Azienda per particolari difficoltà oro geografica comprese le isole o per popolazione pediatrica rarefatta e sparsa.
2. L'insediamento del pediatra viene incentivato mediante:
a) la messa a disposizione da parte della Regione di struttura ambulatoriale a costo ridotto;
b) l'utilizzazione del pediatra per attività territoriali programmate nei limiti dell'attività globalmente consentita e anche in deroga ai limiti temporali di cui all'art.47 , comma 1;
c) l'incremento economico di cui all'art. 41, comma 3.

All. H

CERTIFICAZIONI SPORTIVE

a) Per attività parascolastiche si intendono le attività fisico-sportive svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti; sono escluse le attività ginnico-motorie con finalità ludico-ricreative, ginnico-formative, riabilitative o rieducative, praticabili a prescindere dall'età e senza controllo sanitario preventivo obbligatorio.

b) Necessitano della certificazione di stato di buona salute per i Giochi della gioventù ed i Giochi Sportivi Studenteschi gli alunni, già selezionati, che partecipano alle fasi successive a quelle di Istituto o di rete di Istituti (sovraintesi da un'unica autorità scolastica). Poichè nella scuola elementare i Giochi Sportivi Studenteschi sono limitati alla fase di Istituto e hanno carattere educativo, formativo e mai competitivo non necessitano di certificazione.

c) La certificazione di stato di buona salute per la partecipazione alle manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati tramite i P.O.F.(Piani Offerte Formative) è dovuta per le sole attività che rientrano tra quelle definite alla lettera a) del presente allegato.

ALLEGATO I)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott...

nato a... il...................... residente in...............................

Via/Piazza... n...................... iscritto all'Albo

dei....................................... della Provincia di..
ai sensi e agli effetti dell'art.4, legge 4 gennaio 1968, n.15

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
   Soggetto... ore settimanali........................
   Via... Comune di.......................................
   Tipo di rapporto di lavoro ....
   Periodo: dal..

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. .... con massimale di n°........... scelte
   Periodo: dal ....

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
   A.S.L. .... branca.. ore sett................
   A.S.L................. branca.. ore sett................

4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
   Provincia.. branca..
   Periodo: dal...

Segue ALLEGATO I)

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione.......................... o in altra Regione (2):
   Regione............................ A.S.L............................... ore sett.................
   in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)
   Organismo... ore sett.........................
   Via.. Comune di ....
   Tipo di attività..
   Tipo di rapporto di lavoro...
   Periodo: dal...

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
   Organismo.. ore sett...........................
   Via.. Comune di ....
   Tipo di attività..
   Tipo di rapporto di lavoro...
   Periodo: dal...

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
   Azienda.. ore sett...........................
   Via.. Comune di.................................
   Periodo: dal...

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
   A.S.L. .... Comune di................................
   Periodo: dal...

10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
    Periodo: dal...

Segue ALLEGATO I)

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)
    ....
    ....
    Periodo: dal..

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):
    Soggetto pubblico..
    Via... Comune di ....
    Tipo di attività..
    Tipo di rapporto di lavoro:...
    Periodo: dal...

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)
    ....
    ....
    Periodo: dal..

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)
    soggetto erogante il trattamento di adeguamento......................................
    ....
    Periodo: dal..

NOTE ____
____
____
____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data_________________ Firma__________________________

(1) - cancellare la parte che non interessa
(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

Autentica della sottoscrizione

____

(T i m b r o)

____

L'anno millenovecentonovanta____________ **addì**____________________

del mese di ___________________________ **è comparso** ____l____ Signor

____ **della cui identità**

s o n o c e r t o

per ___l___ quale, dopo essere stato___ da me ammonit___ sulla respon-sabilità penale cui

può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa dichiarazione,

sottoscrivendola in mia presenza.

____

(Firma dell'incaricato)

ALL. L)

PROGETTO SALUTE INFANZIA

Le Regioni possono, nell'ambito della propria autonomia programmatoria, prevedere l'attivazione del " Progetto salute infanzia", che rappresenta un qualificato sviluppo del programma delle "visite età filtro" previsto nel precedente Accordo. Il "Progetto salute infanzia", salve diverse determinazioni regionali, è costituito da un piano base che preveda almeno cinque bilanci di salute, oltre al primo di cui all'art. 29,comma 3, pianificati in età che possono permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in armonia con obbiettivi di salute enunciati dal PSN e con il nuovo calendario vaccinale stabilito dal Piano Nazionale Vaccini 2000.

Il pediatra è tenuto all'esecuzione delle visite età filtro secondo protocolli operativi, conformi al piano base del presente progetto, definiti mediante accordi a livello regionale. Tali protocolli devono prevedere un minimo di cinque bilanci di salute da eseguirsi nella fascia d'età zero sei anni secondo le tabelle seguenti fatti salvi diversi accordi regionali. Le Regioni possono, previo specifico Accordo, prevedere lo svolgimento di ulteriori bilanci di salute di cui due entro il sesto anno di vita ed altri entro il periodo adolescenziale, per gli assistiti in carico.

Al pediatra per ciascuno dei bilanci di salute spetta un compenso lordo di Lire 25.000, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda.

Tali compensi saranno liquidati mensilmente dalla data di pubblicazione del presente Accordo sulla base di un riepilogo delle prestazioni rese.

La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo. Il "Progetto salute infanzia" può prevedere, inoltre, dei livelli di implementazione legati ad obiettivi di educazione sanitaria e di profilassi delle malattie infettive e ulteriori azioni integrative che saranno oggetto di specifici accordi a livello regionale. Qualora tali implementazioni dovessero rientrare nell'ambito di uno specifico progetto le Regioni d'intesa con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale rideterminano i compensi.

Al fine di garantire l'opportunità di usufruire del "Progetto salute infanzia" a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, a cura delle Aziende, le famiglie saranno adeguatamente informate sui tempi di esecuzione del progetto e sollecitate al puntuale rispetto delle scadenze previste.

PIANO BASE		PRIMO LIVELLO DI IMPLEMENTO			SECONDO LIVELLO DI IMPLEMENTO
BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI			
ETA'	INTERVENTO	MODULO DI EDUCAZIONE SANITARIA	MODULO DI PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA	AZIONE INTEGRATIVA
60 gg +/- 20 gg	Esame fisico,misurazione peso,altezza,circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	(3) Prevenzioni incidenti da trasporto in auto (5) Costruzione registro epidemiologico	(4)Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale DPT POLIO EPATITE HIB	(3)Linea guida trasporto sicuro in auto (4) Ricerca consenso informato sulle vaccinazioni (5) Informazioni reazioni avverse	Riflesso rosso Riflessi pupillari Questionario di rilevazione delle capacità uditive Vaccinazioni
30 gg 180 gg + 30 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	(6) Prevenzioni incidenti	(4) Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale DPT POLIO EPATITE HIB	(6) Linea guida caduta e pericoli sul fasciatoio	Questionario di rilevazione delle capacità uditive
30 gg 360 gg + 60 gg	**Esame fisico,misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale**	**(6) Prevenzioni incidenti**	**(4) Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale DTP – POLIO-EPATITE MPR – HIB ANTINFLUENZA SOGGETTI A RISCHIO**	**(4) Presentazione MPR** **(6) Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc..**	**Cover test** **Vaccinazione**

60 gg 24 mesi + 60 gg	Esame fisico, misurazione peso, altrezza,circonferenz a cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	(6) Prevenzioni incidenti da coduta, soffocamento, ecc..	(4) Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale MPR	(4) Rinforzo MPR (6) Linea guida pericoli da coduta, soffocamento, corpi estranei, ecc.	Stero test di Lang
90 gg 3 anni + 90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	(6) Prevenzioni incidenti	(4) Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale POLIO ANTINFLUENZA SOGGETTI A RISCHIO		Vaccinazione
90 gg 69 mesi + 90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio	(6) Prevenzioni incidenti	(4) Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale DTP HIB POLIO-EPATITE ANTINFLUENZA SOGGETTI A RISCHIO	(4) Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale	Vaccinazione

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, AI SENSI DELL'ART. 4, COMMA 9, DELLA LEGGE N. 412/91 E DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502/92, COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N. 517/93 E N. 229/99

Regione Veneto:

Regione Lazio:

Regione Toscana:

Regione Campania

Regione Umbria:

Regione Abruzzo:

Regione Lombardia:

F.I.M.P. (Federazione Italiana Medici Pediatri):

F.N.A.M. – C.I.Pe.(Federazione Nazionale Area Medica – Confederazione Italiana Pediatri):

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), è il seguente:

«Art. 48 *(Personale a rapporto convenzionale).* — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* del 28 ottobre 1976, n. 289.».

— Il testo dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«Art. 8. — 1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell 'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera *d);* il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa progranimati di cui alla lettera *t);* una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera *f);*

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e defmiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'art. 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzi i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-*bis.* Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'art. 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale».

— Il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, concerne «Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

— Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concerne «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419».

— Il testo dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), è il seguente:

«9. La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio sanitario nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Partecipano i rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e, limitatamente al rinnovo dei contratti, del Dipartimento della funzione pubblica, designati dai rispettivi Ministri. La delegazione ha sede presso la segreteria della Conferenza permanente, con un apposito ufficio al quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità a tal fine collocato fuori ruolo. Ai fini di quanto previsto dai commi ottavo e nono dell'art. 6 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituiti dall'art. 18 della legge 12 giugno 1990, n. 146, la delegazione regionale trasmette al Governo l'ipotesi di accordo entro quindici giorni dalla stipula. *(Comma abrogato, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti di servizio sanitario, dall'art. 74, decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29).*».

— Il testo dell'art. 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«Art. 74 *(Norme abrogate).* — 1. Sono abrogate le disposizioni incompatibili con il presente decreto ed in particolare le seguenti norme:

articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 26, comma quarto, 27, comma primo, n. 5, 28, 30, comma terzo, della legge 29 marzo 1983, n. 93;

legge 10 luglio 1984, n. 301, fatte salve quelle che riguardano l'accesso alla qualifica di primo dirigente del Corpo forestale dello Stato;

art. 17, comma 1, lettera *e),* della legge 23 agosto 1988, n. 400;

art. 9 della legge 9 maggio 1989, n. 168;

art. 32, comma 2, lettera *c),* limitatamente all'espressione "la disciplina dello stato giuridico e delle assunzioni del personale" e art. 51, comma 8, della legge 8 giugno 1990, n. 142;

art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale;

art. 10, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

art. 4, commi decimo, undicesimo, dodicesimo e tredicesimo, della legge 11 luglio 1980, n. 312;

art. 2 del decreto-legge 6 giugno 1981, n. 283, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 1981, n. 432;

articoli 27 e 28 del decreto del Presidente della Repubblica 8 maggio 1987, n. 266, come integrato dall'art. 10 del decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987, n. 494;

art. 4, commi 3 e 4, e art. 5, della legge 7 luglio 1988, n. 254;

art. 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 534;

art. 10, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 533, fatti salvi i concorsi banditi alla data di entrata in vigore del presente decreto;

art. 6 della legge 11 luglio 1980, n. 312; articolo 6-*bis* del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67;

i riferimenti alla legge 4 giugno 1985, n. 281, e alla legge 10 ottobre 1990, n. 287, contenuti nell'art. 7, comma 1, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438, e nell'art. 2, comma 8, del decreto-legge 11 luglio 1992, n. 333, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1992, n. 359.».

— Il testo dell'art. 17, comma 1, lettera *d),* della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), è il seguente:

«Art. 17 *(Regolamenti).* — 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunziarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a)-c) (Omissis);

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge;».

— La legge 12 giugno 1990, n. 146, concerne «Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati. Istituzione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge».

— La legge 11 aprile 2000, n. 83, concerne «Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati».

— Il testo dell'art. 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133 (Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale), è il seguente:

«Art. 10 *(Disposizioni in materia di federalismo fiscale).* — 1. Il Governo è delegato ad emanare, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi aventi per oggetto il finanziamento delle regioni a statuto ordinario e l'adozione di meccanismi perequativi interregionali, in base ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) abolizione dei vigenti trasferimenti erariali a favore delle regioni a statuto ordinario, ad esclusione di quelli destinati a finanziare interventi nel settore delle calamità naturali, nonché di quelli a specifica destinazione per i quali sussista un rilevante interesse nazionale; sono in ogni caso ricompresi tra i trasferimenti soppressi quelli destinati al finanziamento del trasporto pubblico di cui al decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422, e della spesa sanitaria corrente; quest'ultima è computata al netto delle somme vincolate da accordi internazionali e di quelle destinate al finanziamento delle attività degli istituti di ricovero e cura, delle attività degli istituti di ricerca scientifica e sperimentale e delle iniziative previste da leggi nazionali o dal piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo nazionale e internazionale per ricerche e sperimentazioni attinenti alla gestione dei servizi e alle tecnologie e biotecnologie sanitarie, in misura non inferiore alla relativa spesa storica. Fermo restando quanto previsto dal comma 2 dell'art. 121 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono determinati, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i criteri per il raccordo dell'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con la programmazione regionale, nonché le modalità per il finanziamento delle attività assistenziali;

b) sostituzione dei trasferimenti di cui alla lettera *a)* e di quelli connessi al conferimento di funzioni alle regioni di cui al capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, mediante un aumento dell'aliquota di compartecipazione dell'addizionale regionale all'IRPEF, con riduzione delle aliquote erariali in modo tale da mantenere il gettito complessivo dell'IRPEF inalterato; aumento dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina, la quale non potrà comunque essere superiore a 450 lire al litro; istituzione di una compartecipazione all'IVA, in misura non inferiore al 20 per cento del gettito IVA complessivo. Le assegnazioni alle regioni del gettito delle compartecipazioni, al netto di quanto destinato al fondo perequativo di cui alla lettera *e),* avvengono con riferimento a dati indicativi delle rispettive basi imponibili regionali;

c) determinazione delle esatte misure delle aliquote di cui alla lettera *b)* in modo tale da assicurare, tenuto conto della regolazione delle quote riversate allo Stato ai sensi dell'art. 26, comma 2, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, la copertura complessiva dei trasferimenti aboliti;

d) previsione di meccanismi perequativi in funzione della capacità fiscale relativa ai principali tributi e compartecipazioni a tributi erariali, nonché della capacità di recupero dell'evasione fiscale e dei fabbisogni sanitari; previsione, inoltre, di un eventuale periodo transitorio, non superiore ad un triennio, nel quale la perequazione possa essere effettuata anche in funzione della spesa storica; ciò al fine di consentire a tutte le regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni e di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle capacità fiscali insufficienti a far conseguire tali condizioni e della esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali;

e) previsione di istituire un fondo perequativo nazionale finanziato attingendo alla compartecipazione all'IVA di cui alla lettera *b),* ed eventualmente destinando a questa finalizzazione anche quota parte dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina di cui alla medesima lettera *b);*

f) revisione del sistema dei trasferimenti erariali agli enti locali in funzione delle esigenze di perequazione connesse all'aumento dell'autonomia impositiva e alla capacità fiscale relativa all'ICI e alla compartecipazione all'IRPEF non facoltativa. La perequazione deve basarsi su quote capitarie definite in relazione alle caratteristiche territoriali, demografiche e infrastrutturali, nonché alle situazioni economiche e sociali e può essere effettuata, per un periodo transitorio, anche in funzione dei trasferimenti storici;

g) previsione di un periodo transitorio non superiore al triennio nel quale ciascuna regione è vincolata ad impegnare, per l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, una spesa definita in funzione della quota capitaria stabilita dal piano sanitario nazionale; la rimozione del vincolo è comunque coordinata con l'attivazione del sistema di controllo di cui alla lettera *i);* gli eventuali risparmi di spesa sanitaria rimangono attribuiti in ogni caso alla regione che li ha ottenuti;

h) estensione dei meccanismi di finanziamento di cui alla lettera *b)* alla copertura degli oneri per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti trasferiti alle regioni, ai sensi del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, ad esito del procedimento di identificazione delle risorse di cui all'articolo 7 della predetta legge n. 59 del 1997,

tenuto conto dei criteri definiti nelle lettere precedenti, nonché dei criteri previsti dall'articolo 48, comma 11, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, in quanto applicabile;

i) previsione di procedure di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata, in base ad appropriati parametri qualitativi e quantitativi, nonché di raccolta delle informazioni a tal fine necessarie, anche condizionando al loro rispetto la misura dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni; razionalizzazione della normativa e delle procedure vigenti in ordine ai fattori generatori della spesa sanitaria, con particolare riguardo alla spesa del personale, al fine di rendere trasparenti le responsabilità delle decisioni di spesa per ciascun livello di governo;

l) previsione di una revisione organica del trattamento e del regime fiscale attualmente vigente per i contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati ad enti o casse, al fine di:

1) riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, come disciplinati dalle disposizioni attuative della legge 30 novembre 1998, n. 419;

2) assicurare la parità di trattamento fiscale tra i fondi diversi da quelli di cui al numero 1);

3) garantire l'invarianza complessiva del gettito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche;

m) coordinamento della disciplina da emanare con quella attualmente vigente in materia per le regioni a statuto speciale, salvo i profili attribuiti alle fonti previste dagli statuti di autonomia;

n) estensione anche alle regioni della possibilità di partecipare alle attività di accertamento dei tributi erariali, in analogia a quanto già previsto per i comuni dall'art. 44 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600;

o) abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito dell'IRAP di cui all'art. 27, commi 1, 2 e 3, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, e conseguente rideterminazione dei trasferimenti erariali alle regioni, alle province e ai comuni in modo da garantire la neutralità finanziaria per i suddetti enti e la copertura degli oneri di cui all'art. 1-*bis* del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 gennaio 1997, n. 5. Ai fini della suddetta rideterminazione si fa riferimento alla compartecipazione all'IRAP per l'anno 1998;

p) previa verifica della compatibilità con la normativa comunitaria, facoltà per le regioni a statuto ordinario di confine di ridurre la misura dell'accisa sulle benzine, nei limiti della quota assegnata alle stesse regioni, anche in maniera differenziata per singoli comuni, in ragione della distanza dal confine nazionale. Previsione di misure di compartecipazione regionale all'eventuale aumento del gettito della quota statale dell'accisa sulle benzine accertato nelle regioni per effetto della prevista riduzione della quota regionale;

q) definizione delle modalità attraverso le quali le regioni e gli enti locali siano coinvolti nella predisposizione dei provvedimenti attuativi della delega di cui al presente comma;

r) previsione, anche in attuazione delle norme vigenti, di misure idonee al conseguimento dei seguenti princìpi e obiettivi:

1) le misure organiche e strutturali corrispondano alle accresciute esigenze conseguenti ai conferimenti operati con i decreti legislativi attuativi della legge 15 marzo 1997, n. 59;

2) le regioni siano coinvolte nel processo di individuazione di conseguenti trasferimenti erariali da sopprimere e sostituire con il gettito di compartecipazione di tributi erariali e di predisposizione della relativa disciplina.».

Nota all'art. 1:

— Per il testo dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si veda nelle note alle premesse.

00G0322

DOMENICO CORTESANI, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(3651476/1) Roma, 2000 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO

LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE

ABRUZZO

◇ **CHIETI**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI - DE LUCA
Via A. Herio, 21
◇ **L'AQUILA**
LIBRERIA LA LUNA
Viale Persichetti, 9/A
◇ **PESCARA**
LIBRERIA COSTANTINI DIDATTICA
Corso V. Emanuele, 146
LIBRERIA DELL'UNIVERSITÀ
Via Galilei (ang. via Gramsci)
◇ **SULMONA**
LIBRERIA UFFICIO IN
Circonv. Occidentale, 10
◇ **TERAMO**
LIBRERIA DE LUCA
Via Riccitelli, 6

BASILICATA

◇ **MATERA**
LIBRERIA MONTEMURRO
Via delle Beccherie, 69
GULLIVER LIBRERIE
Via del Corso, 32
◇ **POTENZA**
LIBRERIA PAGGI ROSA
Via Pretoria

CALABRIA

◇ **CATANZARO**
LIBRERIA NISTICÒ
Via A. Daniele, 27
◇ **COSENZA**
LIBRERIA DOMUS
Via Monte Santo, 70/A
◇ **PALMI**
LIBRERIA IL TEMPERINO
Via Roma, 31
◇ **REGGIO CALABRIA**
LIBRERIA L'UFFICIO
Via B. Buozzi, 23/A/B/C
◇ **VIBO VALENTIA**
LIBRERIA AZZURRA
Corso V. Emanuele III

CAMPANIA

◇ **ANGRI**
CARTOLIBRERIA AMATO
Via dei Goti, 11
◇ **AVELLINO**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Vasto, 15
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Matteotti, 30-32
CARTOLIBRERIA CESA
Via G. Nappi, 47
◇ **BENEVENTO**
LIBRERIA LA GIUDIZIARIA
Via F. Paga, 11
LIBRERIA MASONE
Viale Rettori, 71
◇ **CASERTA**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Caduti sul Lavoro, 29-33
◇ **CASTELLAMMARE DI STABIA**
LINEA SCUOLA
Via Raiola, 69/D
◇ **CAVA DEI TIRRENI**
LIBRERIA RONDINELLA
Corso Umberto I, 253
◇ **ISCHIA PORTO**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Sogliuzzo
◇ **NAPOLI**
LIBRERIA LEGISLATIVA MAJOLO
Via Caravita, 30
LIBRERIA GUIDA 1
Via Portalba, 20-23
LIBRERIA L'ATENEO
Viale Augusto, 168-170
LIBRERIA GUIDA 2
Via Merliani, 118
LIBRERIA I.B.S.
Salita del Casale, 18
◇ **NOCERA INFERIORE**
LIBRERIA LEGISLATIVA CRISCUOLO
Via Fava, 51;
◇ **NOLA**
LIBRERIA EDITRICE LA RICERCA
Via Fonseca, 59
◇ **POLLA**
CARTOLIBRERIA GM
Via Crispi
◇ **SALERNO**
LIBRERIA GUIDA
Corso Garibaldi, 142

EMILIA-ROMAGNA

◇ **BOLOGNA**
LIBRERIA GIURIDICA CERUTI
Piazza Tribunali, 5/F
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Castiglione, 1/C
GIURIDICA EDINFORM
Via delle Scuole, 38
◇ **CARPI**
LIBRERIA BULGARELLI
Corso S. Cabassi, 15
◇ **CESENA**
LIBRERIA BETTINI
Via Vescovado, 5
◇ **FERRARA**
LIBRERIA PASELLO
Via Canonica, 16-18
◇ **FORLÌ**
LIBRERIA CAPPELLI
Via Lazzaretto, 51
LIBRERIA MODERNA
Corso A. Diaz, 12
◇ **MODENA**
LIBRERIA GOLIARDICA
Via Berengario, 60
◇ **PARMA**
LIBRERIA PIROLA PARMA
Via Farini, 34/D
◇ **PIACENZA**
NUOVA TIPOGRAFIA DEL MAINO
Via Quattro Novembre, 160
◇ **RAVENNA**
LIBRERIA GIURIDICA DI FERMANI MAURIZIO
Via Corrado Ricci, 12
◇ **REGGIO EMILIA**
LIBRERIA MODERNA
Via Farini, 1/M
◇ **RIMINI**
LIBRERIA DEL PROFESSIONISTA
Via XXII Giugno, 3

FRIULI-VENEZIA GIULIA

◇ **GORIZIA**
CARTOLIBRERIA ANTONINI
Via Mazzini, 16
◇ **PORDENONE**
LIBRERIA MINERVA
Piazzale XX Settembre, 22/A
◇ **TRIESTE**
LIBRERIA TERGESTE
Piazza Borsa, 15 (gall. Tergesteo)
◇ **UDINE**
LIBRERIA BENEDETTI
Via Mercatovecchio, 13
LIBRERIA TARANTOLA
Via Vittorio Veneto, 20

LAZIO

◇ **FROSINONE**
LIBRERIA EDICOLA CARINCI
Piazza Madonna della Neve, s.n.c.
◇ **LATINA**
LIBRERIA GIURIDICA LA FORENSE
Viale dello Statuto, 28-30
◇ **RIETI**
LIBRERIA LA CENTRALE
Piazza V. Emanuele, 8
◇ **ROMA**
LIBRERIA ECONOMICO GIURIDICA
Via S. Maria Maggiore, 121
LIBRERIA DE MIRANDA
Viale G. Cesare, 51/E-F-G
LIBRERIA EDITALIA
Via dei Prefetti, 16 (Piazza del Parlamento)
LIBRERIA LAURUS ROBUFFO
Via San Martino della Battaglia, 35
LIBRERIA L'UNIVERSITARIA
Viale Ippocrate, 99
LIBRERIA IL TRITONE
Via Tritone, 61/A
LIBRERIA MEDICHINI
Via Marcantonio Colonna, 68-70
LA CONTABILE
Via Tuscolana, 1027
◇ **SORA**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Abruzzo, 4
◇ **TIVOLI**
LIBRERIA MANNELLI
Viale Mannelli, 10
◇ **VITERBO**
LIBRERIA ''AR''
Palazzo Uffici Finanziari - Loc. Pietrare
LIBRERIA DE SANTIS
Via Venezia Giulia, 5

LIGURIA

◇ **CHIAVARI**
CARTOLERIA GIORGINI
Piazza N.S. dell'Orto, 37-38
◇ **GENOVA**
LIBRERIA GIURIDICA DI A. TERENGHI & DARIO CERIOLI
Galleria E. Martino, 9
◇ **IMPERIA**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI - DI VIALE
Viale Matteotti, 43/A-45

LOMBARDIA

◇ **BERGAMO**
LIBRERIA LORENZELLI
Via G. D'Alzano, 5
◇ **BRESCIA**
LIBRERIA QUERINIANA
Via Trieste, 13
◇ **BRESSO**
LIBRERIA CORRIDONI
Via Corridoni, 11
◇ **BUSTO ARSIZIO**
CARTOLIBRERIA CENTRALE BORAGNO
Via Milano, 4
◇ **COMO**
LIBRERIA GIURIDICA BERNASCONI
Via Mentana, 15
◇ **GALLARATE**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Pulicelli, 1 (ang. p. risorgimento)
LIBRERIA TOP OFFICE
Via Torino, 8
◇ **LECCO**
LIBRERIA PIROLA - DI LAZZARINI
Corso Mart. Liberazione, 100/A
◇ **LIPOMO**
EDITRICE CESARE NANI
Via Statale Briantea, 79
◇ **LODI**
LA LIBRERIA S.a.s.
Via Defendente, 32
◇ **MANTOVA**
LIBRERIA ADAMO DI PELLEGRINI
Corso Umberto I, 32
◇ **MILANO**
LIBRERIA CONCESSIONARIA IPZS-CALABRESE
Galleria V. Emanuele II, 13-15
FOROBONAPARTE S.r.l.
Foro Bonaparte, 53
◇ **MONZA**
LIBRERIA DELL'ARENGARIO
Via Mapelli, 4
◇ **PAVIA**
LIBRERIA GALASSIA
Corso Mazzini, 28
◇ **SONDRIO**
LIBRERIA MAC
Via Caimi, 14
◇ **VARESE**
LIBRERIA PIROLA - DI MITRANO
Via Albuzzi, 8

Segue: **LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE**

MARCHE

◇ **ANCONA**
LIBRERIA FOGOLA
Piazza Cavour, 4-5-6
◇ **ASCOLI PICENO**
LIBRERIA PROSPERI
Largo Crivelli, 8
◇ **MACERATA**
LIBRERIA UNIVERSITARIA
Via Don Minzoni, 6
◇ **PESARO**
LIBRERIA PROFESSIONALE MARCHIGIANA
Via Mameli, 34
◇ **S. BENEDETTO DEL TRONTO**
LA BIBLIOFILA
Via Ugo Bassi, 38

MOLISE

◇ **CAMPOBASSO**
LIBRERIA GIURIDICA DI.E.M.
Via Capriglione, 42-44
CENTRO LIBRARIO MOLISANO
Viale Manzoni, 81-83

PIEMONTE

◇ **ALBA**
CASA EDITRICE I.C.A.P.
Via Vittorio Emanuele, 19
◇ **ALESSANDRIA**
LIBRERIA INTERNAZIONALE BERTOLOTTI
Corso Roma, 122
◇ **BIELLA**
LIBRERIA GIOVANNACCI
Via Italia, 14
◇ **CUNEO**
CASA EDITRICE ICAP
Piazza dei Galimberti, 10
◇ **NOVARA**
EDIZIONI PIROLA E MODULISTICA
Via Costa, 32
◇ **TORINO**
CARTIERE MILIANI FABRIANO
Via Cavour, 17
◇ **VERBANIA**
LIBRERIA MARGAROLI
Corso Mameli, 55 - Intra
◇ **VERCELLI**
CARTOLIBRERIA COPPO
Via Galileo Ferraris, 70

PUGLIA

◇ **ALTAMURA**
LIBRERIA JOLLY CART
Corso V. Emanuele, 16
◇ **BARI**
CARTOLIBRERIA QUINTILIANO
Via Arcidiacono Giovanni, 9
LIBRERIA PALOMAR
Via P. Amedeo, 176/B
LIBRERIA LATERZA GIUSEPPE & FIGLI
Via Sparano, 134
LIBRERIA FRATELLI LATERZA
Via Crisanzio, 16
◇ **BRINDISI**
LIBRERIA PIAZZO
Corso Garibaldi, 38/A
◇ **CERIGNOLA**
LIBRERIA VASCIAVEO
Via Gubbio, 14
◇ **FOGGIA**
LIBRERIA PATIERNO
Via Dante, 21
◇ **LECCE**
LIBRERIA LECCE SPAZIO VIVO
Via Palmieri, 30
◇ **MANFREDONIA**
LIBRERIA IL PAPIRO
Corso Manfredi, 126
◇ **MOLFETTA**
LIBRERIA IL GHIGNO
Via Campanella, 24
◇ **TARANTO**
LIBRERIA FUMAROLA
Corso Italia, 229

SARDEGNA

◇ **CAGLIARI**
LIBRERIA F.LLI DESSÌ
Corso V. Emanuele, 30-32
◇ **ORISTANO**
LIBRERIA CANU
Corso Umberto I, 19
◇ **SASSARI**
LIBRERIA MESSAGGERIE SARDE
Piazza Castello, 11
LIBRERIA AKA
Via Roma, 42

SICILIA

◇ **ACIREALE**
LIBRERIA S.G.C. ESSEGICI S.a.s.
Via Caronda, 8-10
CARTOLIBRERIA BONANNO
Via Vittorio Emanuele, 194
◇ **AGRIGENTO**
TUTTO SHOPPING
Via Panoramica dei Templi, 17
◇ **CALTANISSETTA**
LIBRERIA SCIASCIA
Corso Umberto I, 111
◇ **CASTELVETRANO**
CARTOLIBRERIA MAROTTA & CALIA
Via Q. Sella, 106-108
◇ **CATANIA**
LIBRERIA LA PAGLIA
Via Etnea, 393
LIBRERIA ESSEGICI
Via F. Riso, 56
LIBRERIA RIOLO FRANCESCA
Via Vittorio Emanuele, 137
◇ **GIARRE**
LIBRERIA LA SENORITA
Corso Italia, 132-134
◇ **MESSINA**
LIBRERIA PIROLA MESSINA
Corso Cavour, 55
◇ **PALERMO**
LIBRERIA S.F. FLACCOVIO
Via Ruggero Settimo, 37
LIBRERIA FORENSE
Via Maqueda, 185
LIBRERIA S.F. FLACCOVIO
Piazza V. E. Orlando, 15-19
LIBRERIA MERCURIO LI.CA.M.
Piazza S. G. Bosco, 3
LIBRERIA DARIO FLACCOVIO
Viale Ausonia, 70
LIBRERIA CICALA INGUAGGIATO
Via Villaermosa, 28
LIBRERIA SCHOOL SERVICE
Via Galletti, 225
◇ **S. GIOVANNI LA PUNTA**
LIBRERIA DI LORENZO
Via Roma, 259
◇ **SIRACUSA**
LA LIBRERIA DI VALVO E SPADA
Piazza Euripide, 22
◇ **TRAPANI**
LIBRERIA LO BUE
Via Cascio Cortese, 8
LIBRERIA GIURIDICA DI SAFINA
Corso Italia, 81

TOSCANA

◇ **AREZZO**
LIBRERIA PELLEGRINI
Via Cavour, 42
◇ **FIRENZE**
LIBRERIA PIROLA «già Etruria»
Via Cavour, 46/R
LIBRERIA MARZOCCO
Via de' Martelli, 22/R
LIBRERIA ALFANI
Via Alfani, 84-86/R
◇ **GROSSETO**
NUOVA LIBRERIA
Via Mille, 6/A
◇ **LIVORNO**
LIBRERIA AMEDEO NUOVA
Corso Amedeo, 23-27
LIBRERIA IL PENTAFOGLIO
Via Fiorenza, 4/B
◇ **LUCCA**
LIBRERIA BARONI ADRI
Via S. Paolino, 45-47
LIBRERIA SESTANTE
Via Montanara, 37
◇ **MASSA**
LIBRERIA IL MAGGIOLINO
Via Europa, 19
◇ **PISA**
LIBRERIA VALLERINI
Via dei Mille, 13
◇ **PISTOIA**
LIBRERIA UNIVERSITARIA TURELLI
Via Macallè, 37
◇ **PRATO**
LIBRERIA GORI
Via Ricasoli, 25
◇ **SIENA**
LIBRERIA TICCI
Via delle Terme, 5-7
◇ **VIAREGGIO**
LIBRERIA IL MAGGIOLINO
Via Puccini, 38

TRENTINO-ALTO ADIGE

◇ **TRENTO**
LIBRERIA DISERTORI
Via Diaz, 11

UMBRIA

◇ **FOLIGNO**
LIBRERIA LUNA
Via Gramsci, 41
◇ **PERUGIA**
LIBRERIA SIMONELLI
Corso Vannucci, 82
LIBRERIA LA FONTANA
Via Sicilia, 53
◇ **TERNI**
LIBRERIA ALTEROCCA
Corso Tacito, 29

VENETO

◇ **BELLUNO**
LIBRERIA CAMPDEL
Piazza Martiri, 27/D
◇ **CONEGLIANO**
LIBRERIA CANOVA
Via Cavour, 6/B
◇ **PADOVA**
LIBRERIA DIEGO VALERI
Via Roma, 114
◇ **ROVIGO**
CARTOLIBRERIA PAVANELLO
Piazza V. Emanuele, 2
◇ **TREVISO**
CARTOLIBRERIA CANOVA
Via Calmaggiore, 31
◇ **VENEZIA**
CENTRO DIFFUSIONE PRODOTTI
EDITORIALI I.P.Z.S.
S. Marco 1893/B - Campo S. Fantin
◇ **VERONA**
LIBRERIA L.E.G.I.S.
Via Adigetto, 43
LIBRERIA GROSSO GHELFI BARBATO
Via G. Carducci, 44
LIBRERIA GIURIDICA EDITRICE
Via Costa, 5
◇ **VICENZA**
LIBRERIA GALLA 1880
Corso Palladio, 11

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico:
— presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in ROMA: piazza G. Verdi, 10;
— presso le Librerie concessionarie indicate nelle pagine precedenti.

Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Direzione Marketing e Commerciale - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale **n. 16716029.** Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono con pagamento anticipato, presso le agenzie in Roma e presso le librerie concessionarie.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 2000

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1º gennaio e termine al 31 dicembre 2000
i semestrali dal 1º gennaio al 30 giugno 2000 e dal 1º luglio al 31 dicembre 2000

PARTE PRIMA - SERIE GENERALE E SERIE SPECIALI
Ogni tipo di abbonamento comprende gli indici mensili

Tipo A - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:
- annuale ..... **L. 508.000**
- semestrale ..... **L. 289.000**

Tipo A1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:
- annuale ..... **L. 416.000**
- semestrale ..... **L. 231.000**

Tipo A2 - Abbonamento ai supplementi ordinari contenenti i provvedimenti non legislativi:
- annuale ..... **L. 115.500**
- semestrale ..... **L. 69.000**

Tipo B - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte costituzionale:
- annuale ..... **L. 107.000**
- semestrale ..... **L. 70.000**

Tipo C - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti delle Comunità europee:
- annuale ..... **L. 273.000**
- semestrale ..... **L. 150.000**

Tipo D - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata alle leggi ed ai regolamenti regionali:
- annuale ..... **L. 106.000**
- semestrale ..... **L. 68.000**

Tipo E - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:
- annuale ..... **L. 267.000**
- semestrale ..... **L. 145.000**

Tipo F - *Completo.* Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi e non legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (ex tipo F):
- annuale ..... **L. 1.097.000**
- semestrale ..... **L. 593.000**

Tipo F1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (escluso il tipo A2):
- annuale ..... **L. 982.000**
- semestrale ..... **L. 520.000**

Integrando con la somma di **L. 150.000** *il versamento relativo al tipo di abbonamento della* Gazzetta Ufficiale - *parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice repertorio annuale cronologico per materie 2000.*

Prezzo di vendita di un fascicolo separato della *serie generale*	**L.**	**1.500**
Prezzo di vendita di un fascicolo separato delle *serie speciali I, II e III*, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Prezzo di vendita di un fascicolo della *IV serie speciale «Concorsi ed esami»*	**L.**	**2.800**
Prezzo di vendita di un fascicolo *indici mensili*, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Supplementi straordinari per la vendita a fascicoli, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**

Supplemento straordinario «Bollettino delle estrazioni»

Abbonamento annuale	**L.**	**162.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**

Supplemento straordinario «Conto riassuntivo del Tesoro»

Abbonamento annuale	**L.**	**105.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo separato	**L.**	**8.000**

Gazzetta Ufficiale su MICROFICHES - 2000
(Serie generale - Supplementi ordinari - Serie speciali)

Abbonamento annuo (52 spedizioni raccomandate settimanali)	**L.**	**1.300.000**
Vendita singola: ogni microfiches contiene fino a 96 pagine di Gazzetta Ufficiale	**L.**	**1.500**
Contributo spese per imballaggio e spedizione raccomandata (da 1 a 10 microfiches)	**L.**	**4.000**

N.B. — Per l'estero i suddetti prezzi sono aumentati del 30%.

PARTE SECONDA - INSERZIONI

Abbonamento annuale	**L.**	**474.000**
Abbonamento semestrale	**L.**	**283.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.550**

I prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, per l'estero*, nonché quelli di vendita dei fascicoli delle* annate arretrate*, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, sono* raddoppiati.

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale **n. 16716029** intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione dei dati riportati sulla relativa fascetta di abbonamento.

Per informazioni, prenotazioni o reclami attinenti agli abbonamenti oppure alla vendita della *Gazzetta Ufficiale* bisogna rivolgersi direttamente all'Amministrazione, presso l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA

Ufficio abbonamenti	Vendita pubblicazioni	Ufficio inserzioni	Numero verde
☎ 06 85082149/85082221	☎ 06 85082150/85082276	☎ 06 85082146/85082189	☎ 800-864035